

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



THE HISTORY OF THE

REIGN OF

CHARLES THE FIRST

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton.



DIXIÈME SÉRIE — TOME QUATRIÈME

SOIXANTE ET ONZIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1913

STANDARD-BRICKWORKERS

STANDARD-BRICKWORKERS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR LES

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES

DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

PAR LES DOCTEURS

ROQUES DE FURSAC et G. GENIL-PERRIN

I. — HISTORIQUE.

Bayle écrivait en 1826 : « Ce que nous disons des maladies mentales en général s'applique entièrement à l'espèce d'aliénation qui dépend d'une méningite chronique. Près de la moitié des malades que nous avons observés, et sur lesquels nous avons obtenu des renseignements, avaient eu des parents plus ou moins rap-

prochés, atteints de la même maladie ou d'apoplexie, de paralysie, de manie, de démence, de mélancolie, de penchant au suicide, etc. Pour plus de la moitié des malades, ces parents étaient leur père ou leur mère, qui avaient été frappés d'aliénation pendant plus ou moins longtemps, ordinairement d'une manière isolée, et quelquefois simultanément. Les autres malades avaient eu des frères, des sœurs, des oncles, des tantes, des cousines, des cousins germains affectés de la même maladie. Assez souvent il y avait eu plusieurs personnes aliénées dans la même famille (1). »

Calmeil, Scipion Pinel reconnurent également cette influence de la prédisposition héréditaire dans l'étiologie de la paralysie générale. Briere de Boismont déclarait que « dans la paralysie générale on trouve souvent, il est vrai, l'hérédité non pas spéciale, mais celle de toutes les formes du délire et des maladies nerveuses (2) ». Quatrefages, en 1865, constate que cette influence de l'hérédité n'est contestée par personne. Mais la même année, Lagardelle, dans sa thèse, soutenait une opinion contraire : « Contrairement à tout ce que nous avons lu sur la paralysie générale et la folie, dit-il, nous ne pensons pas que l'hérédité se montre avec la même fréquence et joue le même rôle dans les deux maladies (3). »

Lagardelle pense justifier cette proposition en établissant la rareté de l'hérédité similiaire dans la maladie de Bayle, et en démontrant ensuite que la folie ne peut transmettre la paralysie générale, et réciproquement.

(1) A.-L.-J. Bayle. *Traité des maladies du cerveau ou de ses membranes. Paris. Gabon, 1826, page 408.*

(2) A. Briere de Boismont. *Recherches sur l'identité des paralysies générales progressives. Ann. méd.-psych., 1851. III, page 189.*

(3) Lagardelle. *Considérations sur l'étiologie de la paralysie générale. Thèse de Paris, 1865, p. 11.*

Évidemment, Lagardelle n'a pas compris toute l'étendue du problème, puisqu'il a complètement négligé l'hérédité de prédisposition.

Frièse, tout en se montrant moins catégorique, pense également que l'hérédité joue, dans l'étiologie de la paralysie générale, un rôle moins important que dans les autres formes d'aliénation mentale : « L'hérédité, si communément constatée dans toutes les aliénations mentales, l'est, dans la paralysie générale, bien plus rarement. Il n'est pas douteux qu'elle puisse exister ; une prédisposition héréditaire à la folie peut faciliter l'invasion de la paralysie... (1). »

Vers la même époque, on devait discuter avec une certaine vivacité sur la marche de la paralysie générale chez les héréditaires.

Marandon de Montyel soutenait que la maladie ne présentait chez ceux-ci aucun caractère d'évolution anormale. Doutrebente, au contraire, formulait l'opinion suivante : « Très rarement, la paralysie générale se rencontre dans une famille entachée d'hérédité morbide progressive spéciale à la folie et, dans ce cas particulier, exceptionnel, la paralysie générale revêt la forme chronique et rémittente (2). » Doutrebente ralliait à son avis Morel et Jules Falret.

Dans ce travail, nous laissons complètement de côté cette question de savoir si la méningo-encéphalite diffuse évolue d'une façon particulière chez les héréditaires ; nous voulons simplement rechercher si les tares héréditaires se retrouvent dans l'ascendance des paralytiques généraux avec une fréquence plus ou moins grande que chez les autres aliénés.

(1) A. Frièse. Des symptômes et de la marche de la paralysie générale progressive. *Thèse de Paris*, 1869, page 9.

(2) Doutrebente. Note sur la marche de la paralysie générale chez les héréditaires. *Ann. méd.-psych.*, 1879, I, p. 226.

C'est le problème que se sont posé Ball et Régis. Ces auteurs ont fait une enquête sur l'hérédité dans les maladies mentales. Ils ont déposé à cet effet 1.000 observations. Mais ils n'ont utilisé que 400 cas, et ont eu l'heureuse idée de faire intervenir 100 individus normaux. Ils concluent :

« Que les paralytiques généraux appartiennent non pas aux familles d'aliénés, qui n'existent pour ainsi dire pas dans ces familles, mais aux *familles de cérébraux*, et que, s'il existe une hérédité pour la paralysie générale, ce n'est point l'hérédité vésanique ou de la folie, mais l'hérédité *cérébrale*, ou, comme disait M. Dautremont, l'hérédité *des tendances congestives* (1). »

Gagnerot (2) a fait une bonne étude de la prédisposition héréditaire chez les paralytiques généraux. Son matériel se compose de 129 observations de paralysie générale. Mais l'auteur n'a fait intervenir aucun élément de comparaison. Dans 44 cas sur ces 129, il existait des antécédents héréditaires vésaniques ou congestifs ou des causes congénitales ou acquises de dégénérescence. Sa statistique est résumée dans le tableau I.

TABLEAU I. — *D'après Gagnerot.*

Prédisposition.	Père.	Mère.	Collatérale.	Atavique.	Indirecte.	Totaux.	Pour 100.
Héréditaire :							
<i>Vésanique</i> . . .	5	10	10	»	»	23	17
<i>Congestive</i> . . .	7	2	2	2	»	13	10,85
Innée ou acquise :							
<i>Dégénérative</i> . .	2	»	4	»	2	8	6,20

L'auteur conclut donc que l'on trouve souvent chez

(1) Ball et Régis. Les familles des aliénés au point de vue biologique. Contribution à l'étude de l'hérédité dans les maladies mentales. *Encéphale*, 1883; p. 431.

(2) Gagnerot. De la prédisposition dans la paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1893.

les paralytiques généraux un terrain prédisposé par une tare héréditaire vésanique ou congestive ou par une cause de dégénérescence innée ou acquise. De plus, il estime que la maladie évolue d'une façon spéciale suivant la nature de la prédisposition :

« Souvent il arrive chez les paralytiques à antécédents héréditaires de voir la maladie présenter certaines particularités qui sont comme un cachet d'origine.

« C'est ainsi, par exemple, que chez les paralytiques à antécédents vésaniques, la maladie se complique souvent de délire, tandis que chez ceux qui comptent des apoplectiques dans leur famille, elle revêt la forme démentielle avec attaques apoplectiformes sans agitation et sans conceptions délirantes ».

Vallon, en 1897, au Congrès de Moscou, déclare que la plupart de ses paralytiques généraux avaient des antécédents héréditaires psychopathiques ou névropathiques.

Funaioli a recherché les tares héréditaires dans l'ascendance de 290 paralytiques généraux et les a rencontrées dans 151 cas. Mais ici nous avons encore à regretter l'absence d'une statistique comparative portant sur les autres aliénés. Le tableau II condense les résultats obtenus par Funaioli.

TABLEAU II. — *D'après Funaioli.*

Hérédité ascendante par :	Hommes.	Femmes.	Total.
Folie	42	14	56
Epilepsie	9	2	11
Hystérie	7	1	8
Actes névropathiques	8	5	13
Encéphalopathie	14	1	15
Alcoolisme	27	10	37
Syphilis	1	1	2
Suicide	7	2	9

Mariani a publié un travail important sur la question (1); mais sa statistique ne porte que sur trente-trois observations, l'auteur n'ayant retenu que les paralytiques présentant des antécédents héréditaires morbides sans nous dire sur quel chiffre total de malades a porté son tri. On manque donc de tout élément de comparaison, soit avec les autres paralytiques généraux, soit avec le reste des aliénés.

Le tableau III résume les résultats de Mariani.

TABLEAU III. — *D'après Mariani.*

Hérédité vésanique.		Hérédité névropathique.	
Isolée	10	Isolée	2
Avec hérédité congestive.	0	Avec hérédité congestive.	1
Avec hérédité névropathique	2	Avec hérédité alcoolique.	6
Avec hérédité alcoolique.	4	Avec hérédité vésanique..	2
		Avec hérédité alcoolique et congestive réunies. .	3
Total.	16	Total.	14
Hérédité congestive.		Hérédité alcoolique.	
Isolée	1	Isolée	3
Avec hérédité névropathique	1	Avec hérédité vésanique..	4
Avec hérédité alcoolique .	1	Avec hérédité congestive.	1
Avec hérédité névropathique et alcoolique réunies.	3	Avec hérédité névropathique	6
		Avec hérédité névropathique et congestive réunies	3
Total.	6	Total.	17

Mariani conclut donc que ses résultats se rapprochent de ceux de Funaioli et ne confirment pas ceux de Ball et Régis. Il tient à mettre en lumière deux points essentiels :

« 1° La fréquence des hérédités vésanique, névropathique et alcoolique, ces grands facteurs étiologiques de l'aliénation mentale ;

(1) Mariani. Contribution à l'étude de l'hérédité chez les paralytiques généraux. *Thèse de Paris*, 1899.

« 2° La rareté de l'hérédité congestive. »

Retenons simplement pour l'instant l'idée générale que Mariani dégage de son travail :

« Dans de pareilles conditions, nous nous pensons autorisé à dire que nous ne voyons pas ici de différence appréciable entre l'hérédité ascendante des paralytiques généraux et celle des autres aliénés. »

Ameline a repris en 1900 l'étude de l'hérédité dans la paralysie générale (1). Sur 238 observations de paralytiques généraux, il a trouvé :

Hérédité absente	104	} en tout : 120
— douteuse	14	
— partielle	97	
— chargée	23	

Soit 50 p. 100 de cas avec hérédité, 44 p. 100 sans hérédité et 6 p. 100 de cas douteux.

L'hérédité similaire n'a été rencontrée que sept fois sur les 238 cas (2).

II. — STATISTIQUE.

Possédant à la maison de santé de Ville-Évrard 1.228 observations, nous nous sommes proposés d'y rechercher comparativement les antécédents héréditaires des paralytiques généraux et des autres malades.

Ce matériel est constitué, en principe, par les observations de tous les pensionnaires entrés à la maison de santé depuis 1878, et de ceux qui y étaient déjà en traitement à cette date.

L'entrée de ces derniers était parfois fort ancienne,

(1) Ameline. De l'hérédité, et en particulier de l'hérédité similaire dans la paralysie générale. *Soc. méd.-psych.*, 26 mars 1900.

(2) Pour plus de détails sur l'historique de la question, on peut consulter la *Thèse* de Mariani.

remontant pour quelques-uns jusqu'à 1875 et plus loin (1).

Sur ces 1.228 observations, 670 sont inutilisables parce qu'elles ne contiennent aucun renseignement sur l'hérédité des malades. Débarrassons-nous dès maintenant de ce stock sans intérêt, en remarquant toutefois que cette élimination ne peut compromettre la valeur de notre statistique. En effet, la proportion d'observations inutilisables est sensiblement égale pour les paralytiques généraux et pour les autres. Sur 312 observations de paralytiques généraux, nous en éliminons 167, soit 53,52 p. 100; sur 916 observations d'autres malades, nous en laissons de côté 503, soit 54,91 p. 100.

Nous restons donc en présence de 558 observations utilisables, comprenant 145 paralytiques généraux et 413 autres cas.

Les antécédents héréditaires manquaient 48 fois chez les paralytiques généraux et 166 fois chez les autres; ils existaient 97 fois chez les premiers, 247 fois chez les seconds.

Ces résultats d'ensemble sont consignés dans le tableau IV.

TABLEAU IV. — *Résultats d'ensemble.*

	Chiffre absolu.		Chiffre p. 100.	
	P. G.	Non P. G.	P. G.	Non P. G.
Antécédents héréditaires . . .	97	247	66,89	59,80
Pas d'antécédents héréditaires.	48	166	33,10	40,19
Totaux	145	413	99,99	99,99

(1) Nous devons ici témoigner à M. le Dr Sérieux notre gratitude, car c'est grâce à ses soins qu'un certain nombre de ces observations ont été recueillies et classées.

Les antécédents héréditaires se retrouvent donc avec une fréquence légèrement supérieure chez les paralytiques généraux.

Faisons remarquer que, parmi les sujets exempts d'antécédents héréditaires, il y en a six à propos de qui nous avons relevé des causes gravidiques ou conceptionnelles de dégénérescence (2 paralytiques généraux et 4 non paralytiques).

Cela dit, nous n'aurons plus à nous occuper des malades dépourvus d'antécédents héréditaires et nous restons en présence de 97 paralytiques généraux + 247 non paralytiques généraux = 344 malades, chez qui on retrouve les antécédents que nous allons maintenant analyser.

Ces 344 malades possèdent des ascendants ou des collatéraux, en nombre variable, ayant présenté des affections nerveuses ou des maladies dyscrasiques dont l'influence sur le système nerveux est communément admise.

Nous divisons les tares suivant un usage courant : en *tares vésaniques* (psychoses, hystérie, neurasthénie, déséquilibre marqué) et en *tares congestives* (apoplexie ou ramollissement, démence sénile, paralysie générale, épilepsie, alcoolisme, toutes les maladies organiques du système nerveux, goutte et diabète).

On peut critiquer ce choix, évidemment arbitraire ; mais, comme nous avons suivi les mêmes règles pour les paralytiques généraux et pour les autres, les résultats seront absolument comparables quand on envisagera seulement leur valeur *relative*. Et notre but n'est pas d'établir la fréquence *absolue* de l'hérédité chez les aliénés, mais de *comparer* sa fréquence *relative* dans les deux classes de malades : paralytiques généraux et non paralytiques.

Quelle est donc la fréquence comparée de l'hérédité

congestive et de l'*hérédité vésanique* dans nos 344 cas positifs? Nous pouvons trouver dans les antécédents d'un sujet tantôt l'une, tantôt l'autre, tantôt les deux à la fois. Les résultats de l'enquête figurent dans le tableau V.

TABLEAU V. — *Nature de l'hérédité.*

	Chiffre absolu.		Chiffre p. 100.	
	P. G.	Non P. G.	P. G.	Non P. G.
Hérédité vésanique.	37	167	38,14	67,61
Hérédité congestive	52	53	53,60	21,45
Hérédité vésanique et congestive.	8	27	8,24	10,93
Totaux.	97	247		

Les chiffres de ce tableau V sont très éloquents. Nous voyons l'hérédité congestive l'emporter de beaucoup chez les paralytiques généraux. On l'y rencontre dans 53,60 p. 100 des cas, alors que chez les autres aliénés sa fréquence n'est plus que de 21,45 p. 100.

Recherchons maintenant de quelle ligne (paternelle ou maternelle) vient l'hérédité. Sur nos 344 cas, nous en trouvons 52 inutilisables à cet égard, soit que les frères ou sœurs aient été seuls atteints, soit que l'observation ne mentionne pas à quelle lignée appartiennent les ancêtres ou les collatéraux tarés.

Cette insuffisance de renseignements se trouve chez 17 paralytiques généraux sur 97 (17,52 p. 100) et chez 45 non paralytiques sur 247 (18,22 p. 100). Ici encore, le déchet est proportionnellement égal pour ces deux groupes de malades, et notre statistique n'en souffrira pas. Les résultats consignés dans le tableau VI intéresseront donc un matériel réduit de 344 à 282 cas.

TABLEAU VI. — *Provenance de l'hérédité.*

	Chiffre absolu.		Chiffre p. 100.	
	P. G.	Non P. G.	P. G.	Non P. G.
Hérédité paternelle	36	64	45	31,68
Hérédité maternelle.	32	86	40	42,57
Hérédité convergente	12	52	15	25,74
Total.	80	202		

On voit dans ce tableau VI que l'hérédité paternelle est notablement plus fréquente chez les paralytiques généraux que chez les autres. Si nous nous reportons au tableau V, qui nous montre une grande prédominance de l'hérédité congestive chez les mêmes malades, cette prédominance concomitante de l'hérédité paternelle s'expliquerait peut-être, car les affections congestives paraissent plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

L'hérédité maternelle, pour la même raison peut-être, est légèrement supérieure chez les non paralytiques. Enfin l'hérédité convergente est plus forte chez les non paralytiques.

Recherchons maintenant la fréquence de l'hérédité dans les deux catégories de malades, relativement à la forme de l'hérédité, directe, atavique ou collatérale. Mais pour cela nous ne pouvons opérer que sur les cas simples. Il faut éliminer les cas complexes où les tares s'additionnent quant à la forme et quant à la nature de l'hérédité.

Cela nous oblige à éliminer 139 cas sur 344, ce qui réduit notre matériel à 205 cas (65 paralytiques et 140 non paralytiques).

TABLEAU VII. — *Forme de l'hérédité.*

	Chiffre absolu.		Chiffre p. 100.	
	P. G.	Non P. G.	P. G.	Non P. G.
Hérédité directe	51	109	78,46	77,85
Hérédité atavique	3	11	4,61	7,85
Hérédité collatérale	11	20	16,92	14,28
Totaux	65	140	99,99	99,98

On voit dans ce tableau que les deux catégories de malades présentent des chiffres fort voisins pour l'hérédité directe et pour l'hérédité collatérale. En revanche, l'hérédité atavique, chez les paralytiques généraux, joue un rôle moins important que chez les autres aliénés.

Faisons le même travail en considérant seulement l'hérédité vésanique.

TABLEAU VIII. — *Forme de l'hérédité.*

	Chiffre absolu.		Chiffre p. 100.	
	P. G.	Non P. G.	P. G.	Non P. G.
Hérédité directe	15	75	55,55	73,52
Hérédité atavique	2	9	7,40	8,82
Hérédité collatérale	10	18	37,03	17,64
Totaux	27	102	99,98	99,98

On peut conclure de ce tableau :

1° Que le rôle de l'hérédité vésanique atavique est à peu près le même dans les deux catégories de malades ;

2° Que chez les paralytiques généraux, l'hérédité vésanique directe est manifestement moins fréquente et l'hérédité vésanique collatérale bien plus fréquente que chez les autres.

Dans le tableau IX, l'hérédité congestive est étudiée au même point de vue.

TABLEAU IX. — *Forme de l'hérédité.*

	Chiffre absolu.		Chiffre p. 100.	
	P. G.	Non P. G.	P. G.	Non P. G.
Hérédité directe	36	34	94,73	89,47
Hérédité atavique.	1	2	2,63	5,26
Hérédité collatérale.	1	2	2,63	5,26
Totaux.	38	38	99,99	99,99

Ce tableau IX nous montre :

1° Que l'hérédité congestive directe est légèrement supérieure chez les paralytiques généraux ;

2° Que l'hérédité congestive atavique et collatérale est moins fréquente chez ces malades. Mais nous ne tiendrons aucun compte de cette dernière conclusion, parce qu'il s'agit d'un chiffre de cas beaucoup trop faible.

*
* *

Faisons maintenant le compte détaillé de toutes les tares existant dans les familles de nos 282 malades. Nous en trouverons 604 réparties de la façon suivante : dans les familles des 80 paralytiques, il y a 150 tares, c'est-à-dire 187,44 p. 100 ; dans les familles des 202 non paralytiques, 454 tares, c'est-à-dire, 224,75 p. 100.

Le tableau X condense ces résultats.

TABLEAU X. — *Nombre des tares.*

	Tares.	
	Chiffre absolu.	Chiffre p. 100.
80 P. G.	150 tares.	187,44
202 non P. G.	454 —	224,75
282 cas	604 —	214,18

Le nombre des tares est donc notablement moins

élevé dans l'ascendance des paralytiques que dans celle des autres malades.

Le tableau XI nous indique les proportions comparées des tares relativement à leur nature vésanique ou congestive.

TABLEAU XI. — *Nature des tares.*

	Chiffre absolu.		Chiffre p. 100.	
	P. G.	Non P. G.	P. G.	Non P. G.
Tares congestives.	76	121	50,66	26,65
Tares vésaniques.	74	333	49,33	73,34
Totaux.	150	454		

Chez les non paralytiques, les tares vésaniques sont beaucoup plus nombreuses que les tares congestives (proportion approximative de 3 à 1); elles sont notablement plus nombreuses que chez les paralytiques généraux (proportion de 3 à 2). Chez ces derniers, les tares congestives et les tares vésaniques atteignent un chiffre sensiblement égal; mais les tares congestives sont beaucoup plus fréquentes que chez les non paralytiques (proportion de 2 à 1). Ce résultat nous paraît d'autant plus significatif qu'il concorde pleinement avec celui du tableau V, qui, construit d'après une méthode différente, nous montre également une fréquence deux fois plus grande de l'hérédité congestive chez les paralytiques généraux.

III. — CONCLUSIONS.

On ne saurait être trop prudent lorsqu'il s'agit de tirer les conclusions d'une statistique. Nous avons été circonspects dans l'établissement de la nôtre, n'hésitant pas à laisser de côté tous les cas indécis ou trop complexes. Nous nous garderons maintenant d'attacher une

trop grande importance aux conclusions qui figurent à la suite de chaque tableau, et nous ne retiendrons que les résultats dont la valeur nous semble affirmée par un écart suffisant entre les chiffres ou par la coïncidence de plusieurs tableaux.

1° La présence des antécédents héréditaires en général a été relevée un peu plus fréquemment chez les paralytiques généraux que chez les autres aliénés. L'écart est faible, c'est vrai, mais il n'en subsiste pas moins que, contrairement à une opinion assez courante, l'ascendance des paralytiques généraux est au moins aussi souvent tarée que celle des autres aliénés ;

2° Quand, au lieu de noter purement et simplement la présence ou l'absence d'antécédents, on fait le décompte et la somme des tares héréditaires, on s'aperçoit qu'elles sont plus nombreuses chez les non paralytiques, dans d'assez fortes proportions. Donc, si l'hérédité est au moins aussi fréquente chez les paralytiques que chez les autres aliénés, en revanche, elle est plus lourde chez ceux-ci ;

3° Les deux méthodes que nous avons employées (notation brute et décompte des tares) nous montrent d'une façon péremptoire que l'hérédité congestive est notablement prépondérante dans l'ascendance des paralytiques généraux.

* * *

Nous avons, au début de ce travail, indiqué les résultats obtenus par les auteurs qui ont abordé l'étude statistique des antécédents héréditaires des paralytiques généraux. Nous n'essaierons pas de comparer nos chiffres aux leurs, car il est impossible de comparer les résultats de deux statistiques qui n'ont pas été faites d'après la même méthode. C'est ainsi, par exemple, qu'on adopte assez communément la division en tares

vésaniques et tares congestives. Eh bien ! si la plupart des auteurs, comme Ball et Régis, rangent la paralysie générale parmi les tares congestives, d'autres, comme Ameline, en font une tare vésanique. On comprend que, dans ces conditions, toute tentative de comparaison doive rester illusoire.

D'ailleurs, en matière de statistique, il est bon de ne jamais se départir d'un certain scepticisme. Cette méthode d'investigation est féconde en surprises. Nous avons commencé notre enquête sans idée préconçue, mais nous nous attendions quelque peu, sur la foi des auteurs, à trouver chez les paralytiques généraux une proportion d'antécédents héréditaires morbides assez notable, mais inférieure cependant à celle des autres aliénés. Le résultat contraire auquel nous sommes arrivés montre que les idées les plus courantes sont sujettes à révision (1).

(1) Il ne nous semble pas hors de propos de faire connaître ici les résultats d'apparence non moins paradoxale auxquels est arrivé M. Otto Diem, dans une statistique des antécédents héréditaires chez 1.193 individus normaux et 3.515 aliénés. — Otto Diem. Die psycho-neurologische erbliche Belastung der Geisteskranken. Eine statistisch-kritische Untersuchung auf Grund eigener Beobachtungen (*Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie*, 1905, nos 2 et 3, p. 354).

TABLEAU XII. — D'après Otto Diem.

Nature de l'hérédité.	Fréquence p. 100.	
	Chez les individus de mentalité normale.	Chez les aliénés.
Maladies mentales.	45,4	45,9
Maladies nerveuses	14,9	5,1
Alcoolisme	21,3	20,9
Apoplexie	18,4	5
Démence sénile	7,4	1,4
Anomalies du caractère	21,3	18,8
Suicide	1,6	2,3

DÉLIRE D'INTERPRÉTATION

AVEC FABULATION

ET AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL PROBABLE

Par le D^r Georges LERAT

Médecin-adjoint à l'asile de La Roche-Gandon,

Suite et fin (1).

Maintenant, nous devons insister sur une particularité signalée dans les pages précédentes.

Dans les récits de la malade, nous voyons signaler fréquemment des événements irréels, auxquels elle assiste ou elle prend part, à la faveur de ses prétendus déplacements, soit de l'asile, soit de la salle où elle se tient habituellement. En réalité, dit-elle, « ce n'est pas moi qui suis transportée hors de l'asile. Il y a un échange avec une de mes sœurs, fille de M^{me} Abraham, c'est une autre M^{me} V... (car les filles de M^{me} Abraham portent le même nom qu'elle) qui vient prendre mon enveloppe et mon cerveau et dont je prends l'enveloppe et le cerveau ».

Ces déplacements se produiraient surtout la nuit, mais aussi dans la journée. Elle se souviendrait de « ce qui s'est passé », comme on se souvient d'un rêve, le soir au moment de s'endormir, le matin à son réveil, le jour même ou les jours suivants. Cette expression de « rêves » qu'elle emploie fréquemment pour désigner ce qu'elle se rappelle ainsi, n'est du reste pour elle qu'une expression abrégative; elle veut définir par là les souvenirs de scènes et de sensations comparables à ceux que laissent les rêves du sommeil. C'est-à-dire que, souvent (nous expliquons d'après elle), elle ne se souvient pas avec netteté de beaucoup de détails de certains faits. Elle ajoute qu'au moment de ses enlèvements elle doit être chloroformée.

(1) Voir les *Annales* de juin 1913.

Il est incontestable, selon nous, que certaines de ses descriptions évoquent des rêves : il y a quelques années, elle en aurait eu quelques-uns, deux ou trois, où elle éprouvait, dit-elle, la sensation très nette de vol dans les airs.

Voici un de ses récits qui nous paraît significatif : « La nuit dernière, j'ai été emmenée dans une puissance étrangère. J'ai vu un pays inconnu, tout recouvert de neige. Mais je n'avais pas absolument ma lucidité. Je ne distinguais pas les détails nettement. Puis, je ne sais plus bien qui m'a envoyée chercher du vin. Et puis, je suis revenue sur la route pleine de neige et on m'a ramenée brusquement. Il était cinq heures et demie quand je me suis rappelé ce rêve. »

Voici comment elle s'exprime une autre fois : « Cette nuit, je me suis transportée. J'errais dans une rue. Puis, je me suis trouvée dans une grande pièce où il y avait plusieurs personnes. Je me suis excusée. Vous me demandez où j'étais ? D'après ce que j'ai vu, des corps, des squelettes, je me trouvais dans le laboratoire municipal d'anatomie et de chirurgie. »

Ne nous contentons pas des quelques indications données à ce sujet, et demandons à la malade si les visions de ses « rêves » correspondent en précision à celles qu'elle a, par exemple, pendant que nous lui parlons. Elle nous répond : « Oh ! jamais », et voici quelles sont, la plupart du temps, les explications qu'elle ajoute : « Mon esprit l'a vu... par le cerveau, ou par le cerveau d'une de mes sœurs (puisqu'elle est convaincue d'une substitution fréquente), je sais que ça s'est passé comme ça... Je me recueille... Je cherche à me rappeler... Cela me revient à la mémoire. » — De même à propos des paroles entendues, elle emploie souvent, quand on l'interroge à fond, des expressions analogues.

Les voix entendues dans ses « rêves » seraient fréquemment des « souvenirs qui reviennent à l'esprit... On n'entend pas, mais en se recueillant, on se rappelle, parfois tout de suite, parfois au bout de plusieurs jours ».

Dans de nombreux cas encore, l'affirmation de telle action récente et irréelle à laquelle elle prétend avoir assisté ou avoir pris part, n'est soutenue devant nous que par sa conviction même : « Cela s'est passé... Je vous dis que j'en suis sûre... J'en ai l'intuition », nous a-t-elle dit plusieurs fois.

Voici quelques autres exemples de ses fables, parlées ou écrites (et, dans ce dernier cas, nous en corrigerons, l'orthographe défectueuse) :

« Dans la journée d'avant-hier, vers trois heures, M. le directeur m'a emmenée au pensionnat. Ce sont des souvenirs pas lointains, tout frais (ajoute-t-elle, quand nous paraissions douter de ce qu'elle avance). Je lui parlais face à face et nous avons eu ensemble plusieurs discussions..., etc.

« L'année dernière, j'ai vu ou plutôt mon esprit a vu des opérations chirurgicales. M^{me} Abraham opérait et faisait des transformations. Elle enlevait des têtes, des bras, des jambes. Oni, je vous le dis, mon esprit l'a vu. Par mon cerveau, je sais que ça s'est passé comme ça. Pendant tout un hiver, il y avait séances d'opérations dans une grande salle. M^{me} Abraham donnait des leçons à des médecins...

«... Je sais que M. et M^{me} Abraham sont en ce moment à Paris. Ils viennent de créer dans chaque nation un pape protestant. J'ai vu tout dernièrement la chambre du pape protestant, qu'ils viennent d'établir à Paris.

« C'était une grande chambre avec des teintures bleues. Il y avait un lit à deux personnes dans lequel il m'a possédée.

« Il a été emmené à La Roche-Gandon, il y a un mois, le ménage de M. et M^{me} V... Voilà plusieurs fois que je suis emmenée au pensionnat et je reconnais là tout mon ménage. Il y a seulement quelque chose en plus, quelques fauteuils que je ne connais pas. Mais, j'ai vu tous les objets qui m'ont appartenu. Hier, dans la soirée, je me suis servie de mes plats de faïence pour faire des œufs au lait. Vous me demandez avec qui j'étais ? Mais avec les sœurs et les infirmières. Je leur ai montré les portraits de mes deux enfants et je leur ai dit : cela m'avait été donné par ma belle-mère. L'on m'a fait dire publiquement l'autre nuit la description de la propriété en souterrain où M. et M^{me} Abraham ont eu beaucoup à travailler avec plusieurs de leurs enfants dans ces souterrains. Ce sont des puissances inconnues de bien du monde et qui ne jouissent pas encore du soleil ; c'est un nouveau soleil, un nouveau ciel que nos parents ont eu à construire. Ce cher soleil, il est au-dessus de la maison où nous avons été conduits. C'est une grande habitation où sont installés plusieurs ménages. Tout le monde, parents et enfants, ont leur emploi dans cette propriété bien enclose pour y être garantie des animaux de forêt ; l'on y élève des bêtes fauves et une chose a bien surpris M^{me} V... à qui la gérance de certaines choses a été confiée ; c'est que le Bon Dieu Abraham lui a recommandé de nourrir toutes les bêtes fauves de la même nourriture, même soupe et même viande bien cuite,

bien préparée, comme pour les habitants de la maison, et la nourriture y est plus que bourgeoise...

« Car l'on construit toujours pour agrandir l'habitation et y mettre davantage de monde. Quand ce sera complet dans le château, l'on construira un pays charmant, et un peu plus loin au bord de la mer, M. et M^{me} Abraham ont le désir d'y établir un port de mer et des villes.

« Mes chers parents, si savants, n'ont pas dédaigné de collaborer à ces travaux, à la construction de la maison où ils nous ont transportés par un ascenseur. Quand M. et M^{me} Abraham ont commencé cette maison avec quelques-uns de leurs enfants, ils ont eu beaucoup à se garantir des animaux de forêts, car il y a dans ces terrains incultes d'immenses forêts où les hommes n'ont guère pénétré, et il y a aussi de nombreux grands oiseaux de proie. C'est pourquoi, dans la propriété où M. et M^{me} Abraham nous ont conduits, il n'y a pas de petits enfants ; l'on fait grandir, comme je l'écrivais hier, les nouveau-nés, et encore, ils ne sortent guère. »

Dans ses manuscrits, incessamment composés, on trouve d'assez nombreux récits de ce genre. Leur absurdité remarquable et leur incohérence sont les deux caractères qui frappent d'abord. Pour résumer le sens général de ses écrits, nous dirons que la malade est convaincue de sa transformation physique et psychique incessante, à l'époque actuelle et aux époques passées, de la transformation analogue de son mari, de Dieu et de sa femme, des personnes en contact avec elle ou qu'elle a connues, des hautes personnalités actuelles ou disparues. Elle est convaincue qu'elle est possédée très souvent la nuit surtout par son mari, par Dieu, par les personnes qui l'approchent, hommes ou femmes, la plupart du temps « transformés » à cette occasion. De même ces différentes personnalités se possèdent continuellement, tout en changeant « d'apparence physique et de cerveau ». Elle se croit une des filles de Dieu, sans cesse errante, surtout la nuit, et ayant vécu, ainsi que ses sœurs, « sous différents physiques ».

Depuis des milliers d'années, elle est une des représentantes d'une religion nouvelle, qui est à peu près la religion protestante. Enfin, de temps en temps, elle écrit que des empoisonnements ont été commis, que le procès des femmes de mauvaise vie, surtout des religieuses, qui ont désuni les familles par leurs débauches, leurs crimes, se fait ou se fera, etc.

Dans ces idées délirantes mystiques, érotiques, de grandeur

et de persécution, il faut reconnaître une trame non solide, non serrée d'interprétations s'exerçant sur ce que le passé lui a laissé de souvenirs : personnages, événements, et sur l'actualité. Ses manuscrits sont semés de ces mots : on m'a fait comprendre, j'ai compris, qui soulèvent tout doute à ce sujet. Telle personne qu'elle a connue est maintenant sous l'apparence de cette malade, la possède, etc. Comme les « transformations » sont supposées se faire incessamment, et sont assez nombreuses pour la même personne, et sans la moindre logique, on a des complications de cet ordre : « L'homme qui représente le Christ protestant est l'empereur de Russie. Il a vécu autrefois comme serrurier ici sous le nom de père R... M. R... avait fait bien des métiers... Sous le physique de..., il avait été aveugle, et fait prisonnier à Venise, où il jouait de la musique pour gagner sa vie », où, du reste, la fabulation paraît intervenir parfois.

De même, elle interprète souvent certains passages de journaux. Telles pages d'histoire ont aussi un sens spécial, qui se rapporte, par exemple, à des persécutions qu'ont subies M. et M^{me} Abraham, à des âges éloignés, et elle les intercale dans ses cahiers entre d'autre récits.

Mais, si les interprétations sont de beaucoup dominantes, il s'y joint une fabulation incontestable, s'affirmant par la description d'événements irréels, qu'elle dit s'être passés à telle date, récente ou ancienne, auxquels elle a assisté ou pris part, où telles paroles ont été prononcées, etc., fabulation tantôt épisodique, tantôt, et le plus souvent, en rapport avec ses idées délirantes.

Mais celles-ci semblent se stéréotyper progressivement, et surtout, dans ses manuscrits, où rien ne vient la diriger, se révèle une absurdité et une incohérence croissantes. Ce qui tend à y dominer désormais, comme un refrain monotone, ce sont les « transformations » et « possessions » des malades qui l'entourent et sous le physique de qui vivent, bien entendu, tel ou tel autre; certains noms l'ont frappée particulièrement et reviennent continuellement.

Voici, parmi de nombreux similaires, deux passages de ses écrits, qui montrent nettement cet aspect : « J'ai averti M. l'interne que j'aurais à parler de lui. Il se dit garçon, et cependant il est marié et père de famille. Voici ce que l'on nous a fait écrire l'année dernière, nous faisant comprendre que des vieilles demoiselles M..., qui sont ici, avaient été transformées sous les physiques des jeunes Adeline M..., et qu'elle avait désiré se

marier à sa place avec M. V... pour le posséder. Depuis plus de vingt-cinq ans, on a laissé croire aux vieilles demoiselles M..., souvent transformées et changées, qu'elles avaient été mises sous le physique de M. Tr... et de M. V...

« Ces jours derniers, qu'un M. l'adjoint L... avait été aussi sous le physique de M^{me} M..., je l'ai reconnu par un bobo au côté de la bouche, et j'ai compris que j'avais été sa femme ce jour-là. J'ai eu bien de la peine tantôt; le Bon Dieu Abraham m'a parlé sévèrement et m'a laissé croire que nous n'étions plus leur fille et que nous étions des femmes coupables. Mais, voilà ce qui s'est passé. C'est que la sœur de la pharmacie a désiré être moi, elle a donc été transformée sous notre physique, et on lui a donné de notre cerveau, qui nous a été retransmis. C'est elle qui est la coupable. Elle a appartenu à nos maris et à plusieurs messieurs internes, sous le physique de M. F..., dans la nuit de samedi ou dimanche, quand M. Abraham a dit à une demoiselle Tr... qu'elle n'était pas M. F... Il a dit en même temps que le véritable M. F... était parti au château de Vivesaux avec sa femme. Les sœurs de la pharmacie n'ont donc pas à se croire enceintes, comme je l'avais dit de M^{me} F... Léontine, qui a été quelques jours sous le physique des sœurs de la pharmacie... M. Abraham m'a demandé tantôt si un M. R..., ressemblant à M. R..., adjoint, me plairait. Je lui ai dit que oui, ces MM. R... doivent être sous le physique des demoiselles M... ou de M. Tr... Ce n'est probablement plus moi, car j'ai été changée depuis tantôt, mais je puis dire que ces messieurs-là plaisaient aux M^{mes} V... parce qu'ils avaient l'air sérieux. Ils ne vont pas rester ici, ils vont retourner en Russie. »

L'attitude, la manière de vivre de la malade s'accordent-elles avec ses idées délirantes ?

Après avoir manifesté, à certains moments, jusqu'à ces dernières années, de l'agitation, exprimé sous une forme vive ses récriminations, ses plaintes des persécutions qu'elle avait subies ou subissait, elle est relativement calme, quand elle est, comme actuellement, et selon son désir, isolée dans une chambre, pendant la journée, des autres malades.

Elle garde une tenue correcte, est d'un abord digne, mais assez affable. Elle parle avec facilité et raconte ses histoires, tantôt avec une satisfaction qu'elle contient, mais qui est nette, tantôt avec quelque véhémence.

Ses journées se passent à faire surtout des travaux de cou-

ture, quelquefois des problèmes d'arithmétique, à lire quelques journaux et son Dictionnaire, et des livres d'histoire. Elle y copie de longs passages qui, dit-elle, seront plaidés, et qu'elle intercale dans ses manuscrits, entre ses récits habituels.

Il est important de rechercher si la psychose que nous avons décrite s'accompagne ou non d'hallucinations. L'hésitation, à ce sujet, peut se justifier au premier abord par les considérations suivantes : la malade répète assez souvent ces paroles : « Ceci m'a été dit... j'ai vu telle personne (avec laquelle elle n'est jamais en contact, ou bien à un moment où le fait est inexact)... Cette nuit, M. W... a été mon mari. » Enfin, elle ajoute très rarement, du reste, qu'elle sent courir les puces entre son corps et son enveloppe.

Mais, son attitude, sa mimique, n'indiquent en rien une hallucinée de la vue ou de l'ouïe ; les paroles citées précédemment, qui pourraient faire croire à des troubles sensoriels de ce genre, sont à mettre sur le compte de la fabulation, ou, moins souvent, de l'interprétation délirante de quelques rêves.

Est-il légitime de nier les hallucinations du tact, cénesthésiques et génitales ?

La malade nous dit quelquefois, non pas spontanément, mais quand nous émettons des doutes sur la réalité de son « enveloppe » : « Oh ! cela me pèse assez. Je ne serais pas aussi lourde ! » Or, dans ce cas, il paraît bien qu'il s'agit seulement d'une interprétation. Son poids assez imposant, elle l'attribue à la surcharge d'une gaine corporelle qu'elle s'est vu dépouiller elle-même, selon ses dires.

Remarquons encore qu'elle n'éprouve nullement la sensation de dédoublement, de transformation de la personnalité, ni les phénomènes d'inquiétude, d'angoisse, qui en sont habituellement l'accompagnement ou plutôt la conséquence. Quand « une des filles de M^{me} Abra-

ham est à sa place », elle ne s'aperçoit d'aucun changement en elle ; elle-même est autre part à ce moment, prétend-elle.

Enfin, elle ne se plaint pas de sensations ou de maux organiques particuliers.

Une exception doit être faite, pour les sensations génitales. Celles-ci, sous forme de sensations oniriques, douloureuses surtout et aussi voluptueuses, se seraient manifestées quelquefois, à une période éloignée, principalement, et actuellement, se manifesteraient avec très peu de fréquence.

Comme nous l'avons indiqué, la psychose, à son début, et pendant un temps assez long, semble avoir été constituée par des interprétations prédominantes, soutenant des idées délirantes de persécution, de jalousie et de grandeur. Au moment où ces dernières se développent et s'étendent, nous arrivons à la frontière du nouveau territoire où sont les idées délirantes mystiques, dans lesquelles elles vont trouver leur suprême expression.

A cette période, certains rêves frappent la malade (sa correspondance et elle-même l'affirment), de telle sorte qu'on voit le doute osciller entre ces deux hypothèses : est-ce un rêve, est-ce la réalité ?

Plusieurs opinions sont plausibles au sujet de ces rêves. Peut-être, certains faits ou certaines paroles, échappés maintenant au souvenir de la malade et interprétés dans un sens mystique, ont pu aiguiller le délire vers cette voie ; puis les scènes oniriques passées ou consécutives auraient été classées dans ce système à titre d'actions réelles et de preuves. On peut encore admettre l'influence de rêves d'expression mystique nette et de scènes érotiques oniriques. Il est vraisemblable aussi que les sensations de déplacement, de « vol dans les airs », éprouvées une ou deux fois par la malade,

si nous l'en croyons, à l'époque que nous envisageons ont eu, dans ce cas, une certaine importance.

Il paraît donc actuellement, d'après les renseignements qui nous ont été donnés, que, dans leur ensemble, les conceptions délirantes doivent leur origine à des interprétations erronées de faits, de paroles, etc., et de quelques rêves.

Et, du reste, même si cette induction n'avait pour se soutenir que quelques probabilités, il est certain que la malade manifeste depuis longtemps l'attitude et les caractères symptomatiques d'une interprétante ; de ce qui vit à côté d'elle, elle extrait certaines particularités qui lui sont des signes personnels. Il en est de même pour quantité de faits récents ou passés, pour ses lectures de journaux et d'histoire. Cette erreur de traduction est, du reste, d'un mécanisme élémentaire ; ce qui prend la direction de son délire y vient très simplement, presque en ligne droite, sans aucune des complications qu'imposerait une critique s'exerçant fréquemment. L'activité raisonnante est extrêmement faible en effet ; la plupart du temps, les affirmations ne sont et ne peuvent être appuyées que d'une argumentation nulle ou réduite au minimum.

Parfois, elles sont moins catégoriques et quelques paroles traduisent la supposition, par exemple : « cela doit s'être passé ». Mais il est curieux de constater que celle-ci ne se modifie pas, n'est pas remplacée ensuite par une autre conjecture, surtout si elle a été écrite, car cette transcription paraît donner à la malade une garantie très forte ; rien d'autre, enfin, ne vient avertir qu'à ce sujet elle soit dans l'incertitude, et elle tient fermement à ce qu'elle a exprimé, sous cette forme, pourtant dubitative.

Mais, les interprétations ne sont assurément pas les seules en cause dans ce délire ; ne peut-on pas penser

logiquement que la malade invente une grande partie de ce qu'elle nous dit être l'exposé des événements vécus ou révélés, la nuit, le plus souvent, au cours d'états surnaturels, de « déplacements » qu'elle appelle très souvent, et symboliquement du reste, « ses rêves » ?

La question mérite d'être analysée avec précision, car s'il n'est pas rare de découvrir des associations plus ou moins complexes d'interprétation et d'imagination délirantes, signalées par Dupré et Logre, et confirmées par d'assez nombreux travaux, peut-être mettrons-nous en relief ici une variété psychologique intéressante ; et, de ce qu'elle apparaîtra avec plus ou moins de clarté, en résultera une vue plus nette de la question des hallucinations sensorielles dans ce délire.

Sans crainte de nous répéter, nous dirons que, dans certains cas, les « rêves » sont réellement des rêves du sommeil, ou, du moins, le sont bien probablement. Quand elle écrit par exemple : « J'ai été emmenée cette nuit dans un pays étranger recouvert de neige. Puis, quelqu'un m'a envoyée chercher du vin. Et puis, je suis revenue sur la route pleine de neige et on m'a ramenée brusquement. Il était cinq heures et demie quand je me suis rappelé ce rêve », nous ne faisons aucune difficulté pour reconnaître ici la relation d'images et d'actions incohérentes, illogiques, précipitées, telles qu'elles sont figurées dans un grand nombre de rêves du sommeil. Ajoutons encore, comme précédemment, que ce rêve est immédiatement interprété : on l'a déplacée, on l'a ramenée, etc.

De même, quand elle nous dit qu'elle a été possédée la nuit par M. Abraham « transformé sous le physique » de telle personne, qu'elle a été chloroformée pendant cet acte, mais qu'elle a eu la sensation correspondante (ce qui est rare), nous croyons qu'il s'agit de scènes

oniriques avec sensations voluptueuses, dont s'empare un jugement erroné.

La seule question qui se pose maintenant est celle-ci : ces rêves du sommeil sont-ils aussi fréquents que la correspondance de la malade semble l'établir ?

Nous ne le pensons pas ; nous ne pouvons en admettre la floraison pour ainsi dire continuelle.

Du reste, dans bien des cas où, par exemple, elle nous annonce telle action, irréelle; accomplie par elle dans la journée, elle ne nous dit pas qu'elle l'a apprise par tel ou tel « rêve », c'est-à-dire par ses « déplacements » pendant la nuit, elle affirme simplement : « J'ai été là... J'y ai vu mon ménage. Il y avait seulement quelques fauteuils en plus. J'ai dit aux sœurs : voilà les photographies de mes deux enfants », etc.

Rappelons enfin certaines paroles singulières, par lesquelles elle commente ses « rêves » : « Mon esprit l'a vu ; par mon cerveau ou par le cerveau d'une de mes sœurs, je sais que ça s'est passé comme ça... Je me recueille... je cherche à me rappeler... Les voix entendues sont des souvenirs qui reviennent à l'esprit. On n'entend pas, mais en se recueillant, on se rappelle, parfois tout de suite, parfois au bout de plusieurs jours. »

Faut-il penser d'après cela que, dans ces méditations, elle donne à des faits anciens ou récents une signification fautive, en rapport avec ses idées délirantes ? Que ces paroles soient une indication d'interprétations, cela est possible pour plusieurs cas ; mais ce ne sont pas ceux que nous envisageons, puisque interrogée à leur sujet, et pour plus de sûreté nous ne prenons que les plus récents, la malade est incapable, malgré notre insistance, de donner d'autre appui à ses dires que l'affirmation énergique de sa propre conviction.

Enfin, à plusieurs reprises, l'interrogatoire nous a permis d'éclaircir le sens des dernières expressions que

nous avons citées. La malade se recueille, en effet, assez souvent, soit avant de s'endormir, le plus souvent, soit dans la journée ; et, à ce moment, certaines représentations des faits, d'actes irréels, en relation avec ses préoccupations délirantes, s'imposent avec ténacité à son esprit qu'elles semblent envahir à la faveur d'un état d'automatisme semblable à celui auquel on est soumis dans la rêverie éveillée.

Mais ces représentations n'ont pas l'acuité, la clarté, l'expression colorée de ce qu'elle voit, de ce à quoi elle assiste dans l'état d'attention et de pleine conscience ; mais, quand elle y réfléchit le lendemain ou les jours suivants pour les écrire ou pour les raconter, le souvenir en est estompé. Et, de ces constatations, l'interprétation s'empare aussitôt. Ce qui s'est passé, elle ne se le rappelle pas toujours avec netteté ; elle n'en a pas recueilli tous les détails ; elle avait les yeux comme « voilés ». on avait dû lui mettre « un bandeau sur les yeux » ; c'est la nuit qu'on a dû l'emporter ; jamais ce ne sont des voix distinctes, mais « cela lui revient à l'esprit » ; en l'emmenant on a dû la chloroformer.

Nous confirmerons ce que nous venons d'indiquer, en citant certaines paroles de la malade. Elle nous dit, par exemple : « Ces jours-ci, j'ai été emmenée dans la chambre du pape protestant de Paris, etc. » Nous lui demandons avec insistance si elle en est bien sûre, et elle nous répond : « Mais oui, j'y ai été. Hier soir, toute éveillée, dans mon lit, je me rappelais tout cela. Cela ne me parlait pas de la tête. Si ce n'était pas vrai, comment me le rappellerais-je, pourquoi cela ne me parlait-il pas de la tête ? »

Ainsi s'imposeraient certaines représentations érotiques, qui rencontrent quelquefois une certaine résistance, exprimée ainsi : « On nous a forcées, dernièrement, à appartenir nues à des hommes devant beaucoup

de monde. Nous nous révoltons. Mais on nous a obligées, on nous a dit qu'il le fallait. »

Nous discernons donc dans ce délire, à côté des interprétations prédominantes de faits, d'actes, de paroles et de rêves du sommeil normal, des fabulations plus ou moins nombreuses, dérivées de la croyance de la malade à la réalité vécue de représentations qui s'imposent certainement plus qu'elles ne sont cherchées. Associations spontanées d'images ou d'idées, dont les caractéristiques habituelles d'invraisemblance et d'impossibilité échappent à la conscience de la malade, nous pourrions les appeler des rêves de l'imagination délirante; elles sont subjectivement admises comme des impressions de « déjà vécu » et constituent des hallucinations, ou, si l'on veut, des illusions du souvenir.

Loin que nous les considérions, dans l'évolution de cette psychose, comme la source des conceptions délirantes, nous les jugeons ici secondaires et consécutives (nous n'en avons comme garantie que la valeur des souvenirs de la malade, dont les explications arrivent toujours à nous convaincre que ses idées délirantes de jalousie et de persécution ont eu pour origine des interprétations de paroles ou de lectures).

Les récits abondants, que nous connaissons de la malade, dont la trame est ainsi faite d'interprétations principalement, et de fabulation, ne disparaissent pas de sa mémoire. Tous les détails, sauf de très rares exceptions, en restent attachés à son souvenir, et si, intentionnellement ou non, nous les modifions devant elle, elle nous fait observer qu'elle n'a « jamais dit cela », que nous « n'avons pas de mémoire », et redresse notre erreur.

Cette fixité reconnue, il convient maintenant de remarquer que, de l'exposé de ses conceptions délirantes, surgit une absurdité criante et incomparablement plus

marquée et plus soutenue qu'au début de la psychose ; quand on lit les lettres écrites par la malade, il y a une dizaine d'années, on y voit un ensemble d'idées délirantes, dont le lien, très insuffisamment serré, ne se dénoue pas cependant ; mais, plus avant dans l'évolution de la maladie, particulièrement au cours de ces dernières années, et surtout dans ses écrits, où elle est abandonnée à elle-même, le délire s'éparpille en une description où les relations de détails paraissent établies au gré d'une fantaisie absurde.

Sans doute, la débilité mentale, qui n'est pas nécessairement liée à certains caractères d'une psychose qui la font supposer, est ici évidente ; dès le début, la nullité de la critique, du jugement, en est, chez la malade, la manifestation caractéristique, ainsi qu'est flagrante la pauvreté de l'instruction et de la culture.

De plus, le mysticisme est responsable pour une certaine part de l'extravagance des conceptions, et très probablement aussi des fabulations que nous avons signalées ; elles se sont révélées principalement au moment de son apparition, et nous ne croyons pas que des coïncidences seules relient leur développement avec son extension. Les démarches du mysticisme n'aboutissent-elles pas fatalement, chez les délirants débiles, à l'absurdité souveraine des conceptions ?

Mais ces considérations ne nous satisfont pas pleinement, et il faut se demander s'il n'y a pas affaiblissement intellectuel.

« Stéréotypie croissante des idées délirantes, affaiblissement marqué de l'activité intellectuelle, incohérence plus ou moins accentuée des conceptions et des propos (1) », tel serait, selon les expressions de Masselon,

(1) Masselon. Les délires hallucinatoires chroniques. *Encéphale*, février et mars 1912.

« l'état très net du déficit mental, qui terminerait certains délires d'interprétation ».

Pour mieux établir les conditions de cette recherche, nous donnerons d'abord les signes négatifs, puis les constatations que nous jugeons insuffisantes à soutenir le pour ou le contre; et enfin les signes que nous croyons positifs.

Tout d'abord, la mémoire et l'attention ne sont pas altérées. La malade ne formule pas de néologismes; on ne constate pas, chez elle, d'indifférence totale à sa situation.

Mais les mobiles affectifs semblent avoir cédé de leur force; les souvenirs de famille, les souvenirs de sa vie ancienne ne suscitent plus de réactions affectives de même vigueur que celle d'il y a quelques années; elle n'écrit presque plus jamais à son mari ou à ses enfants; et, certaines plaisanteries que les circonstances lui inspirent à leur sujet sont assez significatives de ce point de vue; et, sans doute, l'éloignement prolongé, les idées de grandeur, l'incertitude où elle est de leur personnalité véritable, peuvent-ils expliquer, en partie ou absolument, cette observation; aussi, n'en retirons-nous rien de très probant.

En tout cas, ce que l'on peut affirmer sans scrupules, c'est l'incohérence plus nettement caractérisée des conceptions et des écrits de la malade; et son activité psychique s'enferme et tourne, avec de plus en plus de persistance, dans le cercle d'idées délirantes absurdes, dont on peut dire qu'elles se stéréotypent progressivement.

La monotonie, la reprise des mêmes thèmes sous une forme sensiblement analogue, s'accroissent de plus en plus nettement dans ses manuscrits, dans la composition desquels rien ne la dirige; elle s'acharne à décrire des « transformations » et des « possessions » conti-

nelles » d'un certain nombre de malades, qui vivent à côté d'elle ou qu'elle a connues dans ces dernières années, ou des médecins qui l'observent, transformations qui sont des échanges de ces personnalités les unes avec les autres, sans but, sans qu'elle puisse en donner d'explication. Certains noms l'obsèdent, pour ainsi dire, et reviennent sans cesse. Quelques calembours, rares, du reste, apparaissent maintenant; et parfois, dans des phrases d'une rare incohérence, l'analogie des assonances explique évidemment et à elle seule certaines associations de mots.

C'est pourquoi, en réunissant ces données peu étendues, mais concordantes, nous croyons qu'il faut accuser un début d'affaiblissement intellectuel.

Tel est l'ensemble des conclusions que nous impose l'étude de ce délire, dont la structure et l'évolution, autant qu'il nous a été possible de la retracer, nous ont paru intéressantes à décrire.

Législation.

LA RÉFORME DE LA LOI DE 1838

SUR LES ALIÉNÉS

ET LA COMMISSION DU SÉNAT

Par le D^r A. FILLASSIER

Suite et fin (1).

TITRE II

SECTION I. — *Des placements faits dans les établissements d'aliénés (Art. 6 à 20).*

Sous l'empire de la loi de 1838, on distinguait le placement d'office et le placement volontaire qui intervenait à la requête de l'intéressé ou d'un tiers. Il en résultait que cette dernière expression était inexacte dans bien des cas, le malade conduit à l'asile n'y consentant nullement.

Le texte de la Commission du Sénat distingue le placement « demandé », à la requête de la famille ou d'une personne la remplaçant ; le placement d'office ou « ordonné » ; le placement « volontaire », c'est-à-dire à la demande du malade, et s'il est mineur, avec l'autorisation des parents ou du tuteur.

(1) Voir les *Annales* de juin 1913.

ART. 9. — *Placement volontaire.* Le placement volontaire, qui est demandé par le malade lui-même, n'est soumis à aucune formalité quand le malade est majeur. La demande seule suffit, alors même qu'elle serait verbale; mais si elle n'est accompagnée d'aucune pièce de nature à constater l'identité du malade, le directeur responsable devra faire constater cette identité le plus tôt possible.

Si le malade n'est pas majeur, le père, la mère ou le tuteur doivent donner leur consentement par écrit.

Les malades, atteints de crises convulsives répétées ou d'intoxication chronique, peuvent également être admis sur leur seule demande, soit dans les établissements destinés aux affections mentales, soit dans les établissements ou quartiers spéciaux affectés à ces maladies.

Avis du placement volontaire est néanmoins donné au préfet et au procureur de la République.

ART. 7. — *Placement demandé.* La demande de placement faite par un membre de la famille, par le tuteur ou le subrogé tuteur ou un ami, doit être accompagnée de pièces établissant l'identité du malade et d'un certificat médical ne datant pas de plus de quinze jours. Ce certificat doit être sauf urgence visé par le maire, le juge de paix ou le commissaire de police.

Si le malade ne veut pas se laisser conduire dans l'établissement où il doit être soigné, le maire ou le commissaire de police peuvent être requis de prêter leur concours à la famille.

Ce placement ne peut être que provisoire. Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'entrée du malade, le médecin-directeur ou le directeur, s'il s'agit d'un établissement privé, en avise :

1° Le préfet du département ;

2° Le procureur de la République dans le ressort duquel l'établissement est situé ;

3° Le procureur de la République dans le ressort duquel se trouve le domicile du malade, si ce domicile et celui de l'établissement n'appartiennent pas au même ressort judiciaire.

Le directeur responsable transmet en même temps le bulletin d'entrée du malade, l'avis motivé du médecin traitant et la copie des pièces qui accompagnent la demande de placement.

Quand le placement est fait dans un établissement privé, le préfet doit, dans les trois jours de la réception du bulletin d'entrée, charger un médecin des établissements publics d'aliénés de visiter le malade désigné par ce bulletin et de lui adresser en

double exemplaire un rapport médical sur l'état mental du malade. Le préfet transmet un exemplaire de ce rapport au procureur de la République.

Quinze jours après l'entrée du malade, le directeur responsable de l'établissement public ou privé qui a reçu le malade doit adresser un nouveau certificat médical circonstancié au préfet et au procureur de la République.

Le procureur de la République, qui a l'établissement dans son ressort, saisit le tribunal du placement provisoire dont il est avisé. Le tribunal saisi a seul qualité pour rendre le placement définitif : il prend à cet effet une décision en chambre du conseil et basée sur les certificats médicaux délivrés par le médecin de l'asile, au cours d'une période d'observation qui ne doit pas dépasser six mois.

En cas de désaccord entre le certificat médical qui accompagne la demande de placement et celui qui est délivré par le médecin de l'établissement, le tribunal doit, avant de statuer, commettre un autre médecin des asiles publics pour examiner le malade et lui adresser un rapport spécial et détaillé sur son état mental.

Le chef responsable de l'établissement est tenu d'adresser au préfet, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur chaque personne qui y est retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononce sur chacune individuellement, ordonne sa maintenue ou sa sortie.

Aux termes de l'article 7, la demande de placement sera faite par un membre de la famille, le tuteur ou le subrogé-tuteur, ou un ami ; elle sera accompagnée de pièces établissant l'identité du malade et d'un certificat médical ne datant pas de plus de quinze jours ; le certificat sera, sauf urgence, visé par le maire, le juge de paix ou le commissaire de police.

La loi de 1838 ne prescrivait pas la nécessité du visa du certificat médical. Convient-il d'ébruiter ainsi un malheur qui peut n'être que passager et ne peut-on laisser le chef d'un établissement accepter le certificat

d'un médecin qu'il connaît, sous sa responsabilité? La Commission en a décidé autrement. Par contre, le certificat médical reste, comme il fallait s'y attendre, à la base de l'internement.

Le texte voté par la Chambre réclamait non un certificat mais un rapport. En termes très vifs, M. le D^r Vallon fit observer lors de la discussion de la loi à la Société de Médecine légale de France, que cette mesure serait inapplicable dans la pratique.

« L'exemple suivant, dit-il, permettra de s'en rendre compte :

« Jeudi dernier, j'ai été appelé auprès d'un aliéné paraissant dangereux. C'était un petit boutiquier. Il se tenait dans le sous-sol, armé d'une grosse pincette, et personne n'osait descendre. Comme je le connaissais un peu, il me laissa l'approcher et il me déclara qu'il voulait assommer sa femme. Il était dans une période de détente relative, ce qui me permit de faire un examen incomplet mais néanmoins suffisant pour avoir la conviction que j'étais en présence d'un aliéné. Je fis un certificat en conséquence, où je disais qu'il s'agissait probablement d'une paralysie générale au début. Il était quatre heures. Le soir même, le malade était à Charenton. Dans les conditions où je me suis trouvé comment aurais-je pu établir le rapport circonstancié qu'exige la nouvelle loi? Certainement, l'internement n'aurait pu avoir lieu avec une pareille rapidité. »

Ce certificat est unique. Dans son rapport à la Société d'études législatives, M. Larnaude avait conclu en faveur du double certificat. M. Magnan fit observer « que l'intérêt du malade et celui de la sécurité publique convergent pour montrer la nécessité urgente d'un traitement immédiat, d'un internement, d'un isolement rapide du malade ». La production d'un double certificat y fait obstacle.

Toutefois, le placement ainsi fait n'est que provisoire ; seul le tribunal a qualité pour le rendre définitif ; sa décision est rendue en Chambre de Conseil.

Telle est une des modifications essentielles au régime institué par la loi de 1838. La seule, a-t-on dit, qui pût calmer les appréhensions légitimes de l'opinion publique.

Comme le déclarait M. Magnan à la Société d'études législatives, en 1904, « le juge des aliénés deviendra assez vite compétent. D'ailleurs, il aura des leçons terribles qui le rendront circonspect, et qui lui inspireront une sage réserve lorsqu'il s'agira de la sortie prématurée de certains alcoolisés, d'obsédés impulsifs, ou de persécutés-persécuteurs. Peu à peu, les juges acquerront assez d'expérience pour se conduire vis-à-vis de ces malades avec la prudence qu'y apportent les médecins ».

Et comme pour illustrer cette opinion, le président de la Société rapporta cet exemple personnel : « J'étais substitut à Rennes, on présente un jour une demande de sortie d'un aliéné, un alcoolique ; il était resté un certain temps à l'asile départemental ; et comme tous les alcooliques, il s'était guéri au bout d'un certain temps.

« Je m'étais, pour mon compte, opposé à la sortie. Le tribunal estima qu'il ne fallait pas conserver cet homme qui semblait guéri. On le met en liberté. Au bout d'un mois, il se mit à boire et retomba dans le même état de folie ; et un jour, nous recevons un procès-verbal, nous annonçant qu'il venait de tuer sa femme, quatre enfants et deux voisins, à coups de hache. Cela m'a servi de leçon. *Depuis, j'ai toujours été plus rigoureux pour les sorties que pour les entrées.* »

M. le procureur Morizot-Thibault à la même Société, rapporta cet exemple :

« Elle (l'autorité judiciaire) montre généralement beaucoup de prudence ; mais je l'ai vue, quelquefois, aller trop loin.

« Un jour, un jeune séminariste, atteint de folie religieuse, avait demandé instamment sa mise en liberté : le tribunal en présence du refus absolu du médecin, hésitait. Il se transporta. Il interrogea le séminariste ; ses réponses étaient extrêmement lucides. Le tribunal refusa la liberté. Sur de nouvelles réclamations plus instantes encore, il fut interrogé, si vous me permettez l'expression, sur toutes les coutures. Le tribunal négligeant l'avis du médecin, le remit en liberté.

« Quelques jours après, sa sœur était en train de traire les vaches à l'étable ; il saisit une hache et lui fendit le crâne. « Je suis, dit-il, un pauvre pêcheur, j'avais besoin de laver mes péchés dans le sang d'un juste. »

L'intervention du tribunal a donné lieu, de la part des médecins, à de sérieuses critiques ; si elle devait être nécessairement préalable à l'internement, elle serait encore plus fâcheuse ; ne se produisant obligatoirement qu'après six mois d'internement, elle en écartera quelques-unes. D'autres subsisteront : une des plus graves à notre avis est de substituer à la responsabilité instituée par la loi de 1838, l'irresponsabilité d'un tribunal.

L'article 7 décide encore que, lorsqu'un malade sera placé dans un établissement privé, le préfet devra, dans les trois jours, charger un médecin des établissements publics d'aliénés de visiter le malade et de lui adresser un rapport sur son état. C'est là une disposition excellente et qui présentera, pour la rédaction de ce rapport, de précieuses, disons-le, d'indispensables garanties.

Le placement d'office est réglé ainsi qu'il suit par l'article 8 :

En cas de danger immédiat, attesté par un certificat médical, le préfet de police à Paris, les préfets dans les départements peuvent, par des arrêtés motivés, ordonner le placement provisoire d'une personne atteinte d'affection mentale.

Ces arrêtés ne sont exécutoires que s'ils n'ont pas plus de quinze jours de date et s'ils sont accompagnés du certificat médical qui les motive.

Les commissaires de police, dans le ressort de la préfecture de police, les maires dans les autres communes peuvent aussi, dans les mêmes conditions de danger immédiat, prendre toutes mesures provisoires nécessaires à l'égard des personnes atteintes d'affections mentales, mais seulement sur l'avis conforme d'un certificat médical de moins de quinze jours et à la condition d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet compétent : celui-ci statue sans délai par un arrêté motivé.]

S'il n'y a pas danger immédiat, les commissaires de police et les maires qui sont saisis de plaintes ou demandes visant des personnes atteintes d'affections mentales et faites dans l'intérêt des malades eux-mêmes ou dans celui de la décence et de la sécurité publiques, doivent en référer au préfet compétent. Celui-ci provoque aussitôt une enquête à la suite de laquelle il peut, sur l'avis conforme d'un certificat médical, délivré au cours de l'enquête, prendre un arrêté motivé ordonnant le placement provisoire du malade dans un établissement public.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent ces placements provisoires ordonnés, le directeur responsable avise le procureur de la République; il lui transmet le bulletin d'entrée du malade, la copie de l'arrêté du préfet et celle des pièces qui l'accompagnent.

Le placement ne devient définitif que par décision du tribunal.

Les articles précédents, indiquent en outre les mesures propres à assurer la surveillance des établissements publics et privés, et à contrôler les placements qui y sont faits.

Ces dispositions sont complétées par les quatre derniers paragraphes de l'article 10, qui prescrit la tenue du registre spécial que prévoyait déjà la loi de 1838, et sur lequel doivent être transcrites les différentes pièces

nécessaires au placement ; le médecin devra y consigner tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade.

L'article 10 nouveau, dispense de la déclaration prescrite par l'article 7, lorsque « le malade se trouve en traitement dans une maison privée où réside son conjoint, un ascendant, un frère, une sœur, un oncle, une tante, ou même le tuteur, si le conseil de famille a autorisé celui-ci à se charger des soins à donner au malade ».

Toutefois, si le traitement dure plus de six mois, avis de la maladie devra être donné au procureur de la République, et un certificat médical lui sera fourni.

On ne manquera pas de faire observer que cette disposition aura pour effet de signaler l'état peut-être passager d'un malade, alors que précisément l'affection et le dévouement des proches s'employaient à le diminuer.

Le Tribunal pourra, si les soins donnés ne lui paraissent pas suffisants, confier le malade à un autre membre de la famille ou le placer dans un établissement public ou privé.

L'article 12 nouveau s'inspire de constatations déjà faites dans le rapport de Théophile Roussel : Nul ne peut être conduit à l'étranger dans un établissement recevant des aliénés sans que la déclaration ait été faite, avant le départ, au Procureur de la République du domicile du malade.

Nul étranger ne peut être placé, sauf urgence, en France, sans que le représentant diplomatique de son pays ne soit prévenu.

Les articles 14 à 20 règlent les questions relatives aux évasions, aux sorties ou congés d'essai consacrés dans la loi, aux sorties définitives, en même temps qu'ils permettent d'employer les malades paisibles, plus valides, aux travaux agricoles, ménagers ou autres.

M. Marcel Briand a signalé que le médecin qui autorise une sortie à titre d'essai peut s'exposer, si le malade commet quelque acte préjudiciable à des tiers, à une responsabilité personnelle; n'a-t-il pas, en effet, dira-t-on, en autorisant la sortie provisoire d'un tel malade, commis une faute lourde?

Si les tribunaux accueillissent une telle jurisprudence, ils feraient obstacle à une disposition législative nouvelle et très humaine. Ils ne l'adopteront pas.

SECTION II. — *Des condamnés reconnus aliénés et des aliénés dits criminels (Art. 21 à 26).*

La situation des condamnés reconnus aliénés et des aliénés dits criminels a été nettement indiquée à la Société de Médecine légale de France par M. Leredu :

« Au sujet des seconds, écrit-il, le Code pénal, dans son article 64, a bien dit que, pour eux, il ne pouvait y avoir ni crime, ni délit, mais aucune disposition législative n'a réglé ce qu'il convenait de faire pour les empêcher d'être nuisibles à eux-mêmes et aux autres. Ils sortent donc du cabinet d'instruction ou de la salle d'audience libres... de recommencer, à moins qu'un préfet vigilant usant du droit que lui confère l'article 18 de la loi de 1838, n'ordonne leur placement d'office dans un asile d'aliénés.

« Pour les premiers — criminels devenus aliénés en prison — ni la loi de 1838, ni aucune autre loi ne s'est occupée de leur sort. Sans doute l'administration pénitentiaire avait cherché à remédier à cet état de choses, en créant pour eux le quartier de Gaillon, mais ce n'était là qu'une solution incomplète. »

Le texte de la Commission (art. 21) reproduit celui de la Chambre des Députés; celle-ci s'était inspirée du

texte voté par le Sénat en 1886 (art. 36) et que le Conseil supérieur avait adopté pour partie.

Il est ainsi conçu :

« Les individus de l'un et de l'autre sexe condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an et un jour d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés pendant qu'ils subissent leur peine et dont l'état d'épilepsie ou d'aliénation a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire, sont, après avis du médecin désigné par le préfet, retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers de sûreté. Les autres condamnés épileptiques ou aliénés sont dirigés sur l'asile départemental, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur.

« Chaque année, le Ministre de l'Intérieur prescrit une inspection dans les prisons civiles et militaires aux fins d'examen des détenus qui pourraient se trouver dans les conditions prévues au présent article. »

Ce texte constitue un réel progrès mais pour qu'il soit applicable, il semble difficile de s'en tenir à l'inspection des prisons que prescrit chaque année le Ministre de l'Intérieur.

S'il s'agit d'une inspection une fois faite chaque année, elle ne donnera, disons-le, que des résultats négatifs; pour qu'elle soit sérieuse, il faut qu'elle soit permanente et confiée à des psychiatres.

M. Paul Strauss a, semble-t-il, nettement vu l'insuffisance du dernier paragraphe de l'article 21, et il a consulté le Garde des Sceaux sur la création d'un service permanent d'inspection médicale dans les prisons, service confié à des spécialistes éprouvés des maladies mentales et ayant pour but de révéler la présence d'aliénés parmi les détenus soit en prévention, soit en cours de peine.

M. A. Briand, alors ministre de la Justice, lui a répondu le 17 août 1912 :

« La question que vous voulez bien me soumettre est digne du plus haut intérêt, et j'en ai recommandé l'étude, tant à l'administration pénitentiaire qu'aux services de chancellerie. »

Le rapport de l'honorable sénateur ne viendra sans doute pas immédiatement en discussion ; il est désirable que ce délai soit mis à profit par le ministère de la Justice et que le Sénat puisse manifester son opinion en décidant l'organisation d'un service indispensable.

Par contre, le ministre de la Justice ajoute :

« Mais si j'envisage avec faveur l'utilité d'une pareille organisation en ce qui concerne les condamnés, sauf examen des moyens destinés à la réaliser pratiquement, j'estime qu'il convient de faire dès à présent de plus expresses réserves sur la possibilité d'étendre ce mode d'investigations aux détenus en état de prévention.

« Ces derniers font en effet l'objet d'une information judiciaire et il importe de ne pas perdre de vue que le magistrat instructeur a seul qualité pour les soumettre à un examen mental, à la suite duquel il sera appelé à apprécier leur degré de responsabilité.

« Les juges d'instruction, partout assistés de médecins légistes, apportent actuellement et en général le plus grand scrupule dans l'accomplissement de cette partie de leur tâche. Il pourrait y avoir inconvénient à exagérer ces précautions, soit que la création d'une autorité médicale fonctionnant en dehors de l'instruction, donne naissance à des conflits regrettables, soit qu'elle favorise de la part des prévenus des tentatives déjà trop nombreuses de simulation. »

On ne saisira peut-être pas très bien que des conflits puissent surgir entre le juge d'instruction et le psychiatre, à l'occasion de l'appréciation de l'état mental d'un malade ; on se souviendra en revanche des travaux de Magnan, Garnier, Henri Monod, Maxwell, Colin,

Pactet et qui inspiraient à M. le sénateur Louis Martin, il y a peu d'années, un article si documenté dans la *Grande Revue* sur « la Justice répressive et les aliénés ».

Tous les ans, les tribunaux condamnent des aliénés absolument irresponsables des actes, qui leur sont reprochés. Une bonne administration de la justice fait désirer l'impossibilité de pareilles erreurs.

C'est notamment à éviter ces erreurs, que s'attachent d'ailleurs les articles 22 et 23 du projet de la Commission.

Tout inculpé, prévenu ou accusé, qui est considéré comme irresponsable, à raison de son état mental au moment de l'action, et qui fait par suite l'objet, soit d'une ordonnance ou d'un arrêt de non-lieu, soit d'un acquittement en conseil de guerre ou en cour d'assises, doit être renvoyé, par le même jugement, devant le tribunal qui siège dans le même arrondissement que la juridiction de répression.

La décision de justice qui ordonnera le renvoi devra, en outre, interdire la mise en liberté de l'inculpé, prévenu ou accusé reconnu irresponsable et ordonner son transfert dans un établissement public, ou dans un établissement privé faisant fonction d'établissement public, en attendant que le tribunal saisi ait pu statuer.

Le tribunal, saisi par l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt qui prononce le non-lieu ou l'acquittement, ordonne un nouvel examen médical, puis en chambre du conseil, le procureur de la République entendu, il décide si le malade doit ou non être interné définitivement dans un établissement public ou bien dans un asile ou quartier de sûreté. (Art. 22.)

Par ces dispositions, le Sénat indique qu'à tout moment de la procédure, l'irresponsabilité de l'inculpé, du prévenu ou de l'accusé, pourra être reconnue.

Sous le régime actuel, le délinquant irresponsable échappe à la répression, il est relaxé ; et ici s'arrête la préoccupation du législateur en ce qui le concerne.

« Sans doute, constate M. R. Decante à la Société de Médecine légale, en vertu d'un usage constant le

Parquet signale comme aliéné dangereux et livre au besoin à l'autorité administrative le dément qui a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un jugement d'acquiescement, mais l'administration préfectorale n'est liée en aucune façon par la décision judiciaire; elle reste libre d'ordonner le placement d'office ou la mise en liberté, et il n'est pas rare de voir le préfet se refuser à considérer comme dangereux l'individu qui, par son infraction aux lois pénales, a déjà révélé cependant le péril qu'il peut faire courir à la Société. »

« L'opinion, écrit M. Paul Strauss, a été maintes fois heurtée par des acquittements survenus pour irresponsabilité, et qui rendaient à la vie sociale des individus susceptibles de recommencer le lendemain leurs délits et leurs crimes, avec le bénéfice de l'impunité.

« Par ailleurs, des ordonnances de non-lieu sont parfois rendues, qui relaxent les individus des fins de la plainte, après quoi ils sont dirigés sur un asile.

« Mais la loi de 1838 est formelle et ils ne sauraient être retenus à l'asile dès que la période qui les rend dangereux pour eux-mêmes ou pour la société est franchie. Or, bien des fois, le malade momentanément guéri, livré aux difficultés de la vie, et parfois disposé à des excès, verse à nouveau dans la folie; il faut, pour qu'il soit ramené à l'asile, qu'il se livre à quelque réaction nouvelle qui appellera sur lui l'attention, et qui peut faire de nouvelles victimes.

« Pour y remédier, nous vous proposons de décider que cet individu déclaré irresponsable sera renvoyé devant le tribunal qui interdira sa mise en liberté et ordonnera son transfert dans un établissement d'aliénés jusqu'à ce qu'il soit statué sur l'opportunité de son internement; ainsi seront évitées ces critiques justifiées d'une législation qui laisse en liberté un individu qu'elle déclare irresponsable, mais qui reste dangereux. »

Dès lors, le tribunal saisi par l'ordonnance de non-lieu, le jugement ou l'arrêt, éclairé par un nouvel examen médical décide, en chambre du Conseil, si le malade doit ou non être interné définitivement dans un établissement public ou dans un asile ou quartier de sûreté.

Il faut noter que la juridiction pénale qui a déclaré l'irresponsabilité, se dessaisit de l'affaire au profit de la juridiction civile qui statue sur l'internement. C'est donc toujours la juridiction civile qui aura à connaître de l'internement.

Devant la Cour d'assises, le verdict n'est jamais motivé, aussi ne peut-on savoir si le jury a été guidé par l'état mental de l'accusé. Dorénavant, « en toute matière criminelle, le président, après avoir posé les questions voulues, avertit le jury, sous peine de nullité, que s'il juge l'accusé ou l'un des accusés irresponsable, il doit en faire la déclaration en ces termes : « A la majorité et à raison de son état mental au moment de l'action, l'accusé est irresponsable. » (Art. 23.)

Le rapporteur exprime enfin le désir que le malade ainsi placé soit accompagné de son dossier judiciaire. M. Motet, rappelle-t-il, signalait déjà lors de la session de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenue à Rouen, ce fait invraisemblable et qui s'est renouvelé : un aliéné de la Seine, arrêté sur la voie publique, renvoyé dans un asile après examen attentif au Pavillon d'admission de Sainte-Anne (aujourd'hui Pavillon Magnan), n'est accompagné d'aucune note médicale, d'aucun document administratif relatant les faits qui ont motivé son arrestation ; son bulletin ne porte que son nom et son numéro ; si bien que le médecin, ignorant ce qui s'est passé antérieurement, peut renvoyer comme guéri, dans une période de calme, un malade dangereux, homicide peut-être, et qui a été

interné quatre ou cinq fois dans un asile d'aliénés.

M. Magnan s'est, à maintes reprises, fait l'écho de cette plainte et a indiqué combien, au point de vue du diagnostic et du pronostic, il importe pour le médecin de connaître les circonstances exactes de l'acte incriminé. L'étude du dossier judiciaire est indispensable.

M. Georges Picot, se plaçant à un point de vue très différent, arrivait à la même conclusion : « Il y a, disait-il, un vice incontestable, c'est, qu'à l'heure qu'il est, les renseignements ne sont centralisés nulle part ; le magistrat qui se rend dans un asile d'aliénés, n'a pas entre les mains les éléments d'appréciation. On lui dit (dans le département de la Seine) que le dossier est à la Préfecture de police. En fait, les pièces et rapports qui devraient être réunis sont dispersés. »

* * *

L'Etat devra construire ou approprier des asiles ou quartiers de sûreté pour y recevoir ces malades en même temps que ceux des catégories suivantes :

1° Les aliénés qui, placés dans un asile, y commettent un acte qualifié crime ou délit contre les personnes ;

2° Les aliénés qui, sans avoir commis d'acte qualifié crime ou délit, sont déclarés dangereux par un rapport médical motivé ;

3° Les condamnés reconnus aliénés, dont il est question à l'article 21, lorsqu'il serait dangereux, à l'expiration de leur peine, de les remettre en liberté ou même de les transférer dans l'asile de leur département. (Art. 25.)

La sortie de ces malades devra être autorisée par le Tribunal en Chambre du Conseil. (Art. 26.)

TITRE III

SECTION I. — *Surveillance des malades atteints d'affection mentale et des établissements où ils sont soignés et gardés (Art. 27 à 31).*

La surveillance des établissements publics et privés est confiée au ministre de l'Intérieur et aux préfets.

Pour les établissements publics et les établissements privés qui en font fonction, une Commission de surveillance est constituée.

Elle comprend deux conseillers généraux élus par le Conseil général, deux membres choisis par le préfet, dont un docteur en médecine; deux membres désignés par le tribunal de l'arrondissement, dont un juge.

Elle peut être augmentée par décision du ministre de l'Intérieur, après avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Les médecins-directeurs et les directeurs administratifs pour les établissements publics assisteront aux séances. Cette rédaction renferme une lacune qui sera certainement comblée; il est hors de doute en effet qu'en dehors du médecin-directeur, les médecins traitants assisteront aux séances de la Commission; le médecin traitant pour les établissements privés faisant fonctions d'asiles publics.

La commission de surveillance a pour attributions :

1° De remplir les fonctions du conseil de famille à l'égard des malades non interdits, placés dans les établissements publics ou privés, et non pourvus d'un administrateur judiciaire ou datif;

2° D'exercer sur les établissements publics départementaux une surveillance administrative et financière;

3° De contrôler dans les établissements publics, et dans les établissements privés qui en font provisoirement fonction, le régime des malades, l'exécution des règlements et celle des traités passés entre ces établissements et les départements.

Les fonctions de cette commission sont gratuites.

Il convient de signaler que cette Commission étendra sa protection aux malades des asiles publics, mais encore des maisons privées. Peut-être cette extension méritera-t-elle examen.

Le département de la Seine aura, pour l'ensemble de ses établissements, une commission de surveillance composée de quinze membres dont quatre seront désignés par le Conseil général, huit par le préfet de la Seine, et trois par la Cour d'appel. Elle comprendra au moins deux médecins.

La surveillance des quartiers d'hospice affectés aux aliénés est exercée par une commission de surveillance spéciale, distincte de la commission de l'hospice, nommée dans les mêmes conditions que la commission de surveillance des asiles et ayant les mêmes attributions.

A la suite de quelques abus relevés par l'inspecteur général Constans, rapporte M. Paul Strauss, la suppression des quartiers d'hospice avait été demandée ; M. Théophile Roussel a considéré qu'il y avait lieu de les maintenir, et le Sénat a été de son avis.

Ces abus avaient leur source dans la tendance à mélanger les recettes et les dépenses des services d'hospice, et peut-être, parfois, le service des aliénés fût-il un peu délaissé. — Pour éviter le retour de ces abus, nous vous proposons de décider que la surveillance des quartiers d'hospice sera exercée par une commission de surveillance spéciale, distincte de la commission de l'hospice, nommée dans les mêmes conditions que la commission de surveillance des asiles et ayant les mêmes attributions.

Des visites périodiques devront être faites dans les établissements publics et privés par le préfet ou son délégué, le procureur de la République ; en outre, le président du tribunal, le juge de paix du canton, le maire de la commune peuvent les visiter lorsqu'ils le jugent convenable.

Des inspections périodiques sont enfin confiées à l'Inspection générale des Services administratifs du ministère de l'Intérieur.

La Commission du Sénat a repoussé le texte de la

Chambre qui créait une inspection générale du Service des aliénés; elle a confié ces fonctions à l'Inspection générale des Services administratifs du ministère de l'Intérieur.

Tous ces contrôles, toutes ces interventions devront se faire avec la plus soucieuse discrétion. « Aux dangers d'une séquestration arbitraire, écrit M. Paul Strauss, en somme assez rare, la moindre indiscretion pourrait substituer, en effet, le redoutable péril d'indiscrétions qui, s'ajoutant aux tristesses d'une famille, ferait peser sur l'avenir d'un malade, peu après guéri, une lourde tare. Elles auraient, en outre, pour effet, de faire partir les malades non indigents vers les établissements de l'étranger où ils ne jouiraient peut-être pas de toutes les mesures de protections organisées par la loi française. »

Le Sénat avait envisagé la création d'un Comité supérieur des aliénés; la Chambre en avait fait un « Conseil supérieur ».

La Commission du Sénat confie les attributions de ce Conseil au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Une section spéciale constituerait la « Section des aliénés ».

SECTION II. — *Administration des biens*

(Art. 32 à 44).

Aux termes de l'article 32, la Commission de surveillance sera tenue de désigner un ou plusieurs de ses membres pour gérer gratuitement les biens de personnes non interdites placées dans les établissements publics ou privés d'aliénés, soit dans les colonies familiales.

Le membre désigné exercera les fonctions d'administrateur provisoire, tant qu'il n'aura pas été procédé par le tribunal à la nomination d'un administrateur judiciaire.

Tout aliéné pourvu d'un administrateur judiciaire devra être pourvu en même temps d'un curateur à la personne ; le tribunal pourra en outre nommer un curateur à la personne de tout aliéné non interdit placé dans un établissement spécial. Il résulte de cette disposition que le malade pourvu d'un administrateur judiciaire devra avoir nécessairement un curateur à la personne, tandis que le curateur ne sera que facultatif s'il ne s'agit que d'un administrateur provisoire.

Nous nous bornerons à signaler ces dispositions qui justifient à elles seules une longue étude :

TITRE IV

DÉPENSES DES ALIÉNÉS (art. 45 à 50).

L'article 48 met à la charge de l'Etat les dépenses de transfert et d'entretien des aliénés indigents n'ayant pas de domicile de secours dans un autre département.

Sont obligatoires pour les départements :

- 1° Les traitements des médecins-directeurs, directeurs administratifs, médecins traitants des asiles départementaux ;
- 2° Les traitements des médecins en chefs préposés responsables des quartiers d'hospice ;
- 3° Les traitements des médecins des asiles privés faisant fonction d'asiles publics et situés dans les départements.

Les traitements prévus aux deux paragraphes précédents sont remboursés aux départements par les établissements intéressés.

Les derniers paragraphes de cet article ont une importance qui n'échappera pas aux médecins de nos asiles.

Les médecins-directeurs, les directeurs administratifs, les médecins traitants des asiles publics, les médecins des quartiers d'hospice, les médecins des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, sont associés aux charges et bénéfices de la

caisse des retraites du département où est situé l'asile. En cas de changement d'un de ces fonctionnaires d'un département dans un autre, les retenues versées par lui dans la caisse des retraites du département qu'il quitte sont reversées dans la caisse du département où il se rend. Les droits à pension seront calculés d'après le temps de service passé dans les différents départements.

Un règlement d'administration publique déterminera pour tous les départements le régime des dites caisses de retraites. Le régime des retraites des médecins d'asiles d'aliénés du département de la Seine reste fixé conformément aux dispositions actuellement en vigueur.

Si l'un des fonctionnaires énumérés aux paragraphes précédents, est ou a été appelé à un emploi rétribué par l'Etat, les sommes versées par lui à la caisse des retraites du département qu'il quitte ou a quitté sont reversées au Trésor public, au compte du fonds des pensions civiles.

Grâce à ces dispositions, le régime des retraites de nos directeurs et médecins sera enfin fixé ; jusqu'ici, c'était l'inconnu et souvent on notait des situations singulières : en voici quelques-unes.

Alors que les médecins des asiles publics d'aliénés relèvent du ministère de l'Intérieur pour leurs traitements, leurs nominations et leur avancement, les retraites sont, quant à présent, exclusivement départementales, et dépendent de la décision souveraine des Conseils généraux. De cette double situation découlent toutes les lacunes du régime actuel de retraites.

1° Les retraites ne sont pas obligatoires. Si la plupart des départements admettent les médecins d'asiles à adhérer à la Caisse départementale, il en est qui s'y refusent (Orne). La Haute-Vienne n'accepte pas de retenues sur les sommes dépassant 5.000 francs de traitement. (Les traitements des médecins d'asiles vont de 3.000 à 9.000 francs.)

2° Les différences considérables existant entre les statuts des diverses caisses départementales de retraites

créent pour les médecins d'asiles publics des situations très inégales suivant les départements.

Tandis que les uns obtiennent des pensions de 5.000 à 6.000 francs, d'autres ne peuvent prétendre à des retraites dépassant 600 francs (Jura), 1.200 francs (Oise, Savoie, Maine-et-Loire), malgré leur parité d'âge, de services et de traitement final avec leurs collègues plus favorisés. La quotité des retraites varie entre ces chiffres extrêmes suivant les départements.

Elle peut varier parfois aussi dans une large mesure dans un même département. Dans l'Aveyron, par exemple, les statuts de la Caisse départementale sont tels qu'un médecin d'asile ne peut compter sur une pension égale à celle de son prédécesseur, à identité de versements et de services dans le département. (Son paiement intégral est subordonné à la situation financière.)

Pendant toute sa carrière, un médecin d'asile pouvait jusqu'ici rester — et le cas n'était pas rare — dans l'incertitude la plus complète sur la retraite qu'il serait appelé à recevoir.

3° Enfin, les Caisses départementales exigent, pour avoir des droits à la retraite, un nombre d'années de service dans le département qui varie sensiblement suivant le lieu :

La durée minima, ici de dix ans, est ailleurs de douze ou quinze ans et peut s'élever à vingt ans. Il en résulte qu'un médecin, désireux de se fixer dans un département où il peut espérer pour l'avenir une retraite satisfaisante, se voit obligé d'y renoncer s'il a atteint ou dépassé cinquante ans au moment où le poste qu'il ambitionnait devient vacant. S'il passe outre à cette considération d'âge, il n'acquiert ses droits à la retraite que vers soixante-dix ans. Cet état de choses ne peut que nuire et à l'intérêt des médecins et au bon fonction-

nement du service médical des asiles : il apporte une gêne notable à la nomination dans les asiles importants, les plus généreusement dotés au point de vue financier, de médecins en chef ayant acquis plus d'expérience et de notoriété par une longue pratique de leurs fonctions. D'autre part, le régime actuel des retraites entraîne, pour les asiles à faibles retraites, des mutations constantes de médecins en chef, dont il est inutile de souligner les graves inconvénients pour l'assistance des aliénés.

Ce sont ces considérations, sans doute, qui ont inspiré M. le sénateur Paul Strauss ; l'article 48 a vraiment pour but de mettre un terme à une situation intenable.

Le titre V traite des pénalités.

*
*

Telle est la physionomie générale du texte nouveau soumis aux délibérations du Sénat.

Si, sur quelques points que nous avons signalés, il peut réclamer quelques retouches, ou quelques compléments, il n'en reste pas moins une œuvre importante et qui fait le plus grand honneur à l'esprit averti du rapporteur de la Commission.

Il s'inspire nettement des progrès de la psychiatrie et de ses besoins nouveaux, mais n'oublie aucune des dispositions essentielles qui assure, depuis 1838, l'assistance aux malades atteints d'affections mentales.

Ajoutons que les annexes qui l'accompagnent et qui comprennent notamment les législations étrangères actuellement en vigueur, une enquête sur le nombre des alcooliques, épileptiques, idiots et crétins, en traitement dans les asiles d'aliénés, etc., — achèvent d'en faire un document du plus haut intérêt.

Établissements d'aliénés

DES

INCONVÉNIENTS, IMPERFECTIONS ET DANGERS

DES COLONIES FAMILIALES D'ALIÉNÉS

Par le D^r A. RODIET,

Médecin en chef de la Colonie de Dun-sur-Aurori.

Suite (1).

III. — INCONVÉNIENTS IMPUTABLES A L'ORGANISATION DES COLONIES.

Par l'étude des inconvénients de la colonie, on se rend compte, que le rôle du médecin est très complexe. A la fois médecin d'asile et médecin de campagne, il faut non seulement qu'il connaisse bien ses malades, mais il devra surtout les protéger contre l'exploitation des nourriciers.

De là, l'obligation pour lui de faire des visites fréquentes dans les placements. De là aussi, le principal inconvénient d'une grande colonie à cause de la dissémination et de l'éloignement des malades du centre de la colonie, c'est-à-dire des médecins. Le nombre des malades confiés à un seul médecin ne doit pas être plus élevé dans une colonie que dans un asile. C'est pourquoi

(1) Voir les *Annales* d'avril, de mai et de juin 1913.

la colonie étant divisée en plusieurs centres médicaux, chacun d'eux sera confié à un seul médecin, qui pourra ainsi connaître la vie de ses malades et exercer sur eux et sur les nourriciers une surveillance constante et assidue. Puisque les portes des infirmeries sont ouvertes et le no-restraint absolu, le médecin sera contraint à une présence continuelle, ne fût-ce que pour maintenir son influence morale qui est le seul moyen dont il dispose. Cette influence ne peut remplacer les portes à doubles verroux, les sauts-de-loup et les murs élevés des asiles fermés que si elle s'accompagne de la parfaite connaissance du malade. Le médecin doit étudier l'état mental du malade, son caractère, ses habitudes, ses goûts, ses affaires de famille, ses sympathies et ses haines. Pour chacun de ses malades, il doit savoir comment se manifestent les troubles intellectuels, comment débute l'accès délirant et quels sont les phénomènes de cet accès. Ainsi le médecin pourra éviter l'incident qu'il faut toujours prévoir avec les aliénés les plus tranquilles.

Le propre de la folie, dit le D^r Lwoff (1), c'est de ne pas pouvoir se juger, se retenir et se contrôler soi-même. A ce manque de jugement, de volonté et de contrôle, le médecin doit suppléer par son intervention constante auprès du malade. Une parole dite à propos, un bon conseil, un encouragement, tels sont les moyens d'action les plus puissants du médecin sur le malade. Ils suffisent souvent à modifier une détermination et à empêcher une évasion ou un suicide.

C'est une erreur d'admettre que le nombre des malades confiés à un seul médecin peut être élevé à la colonie parce que les malades assistés dans la famille sont, pour là plupart, des aliénés chroniques.

(1) D^r Lwoff. Rapport au Préfet de la Seine, 1901.

« Dire qu'une maladie est chronique, écrit le D^r Truelle (1), c'est considérer qu'elle n'a pas de tendance à la guérison spontanée. Mais ce n'est pas affirmer qu'elle va toujours rester identique à elle-même. Toute affection chronique, même irrémédiablement incurable, est douée d'évolution. Elle passe par une série de transformations plus ou moins lentes, plus ou moins sensibles jusqu'à la mort de l'individu. Et ces transformations qui se manifestent par des complications prévues ou non, par des accidents aigus, légers ou graves, exigent une surveillance médicale active.

« Dans toute maladie mentale, même chronique, même incurable, il y a des variations qui font que le médecin ne peut pas perdre de vue son malade, surtout s'il veut que celui-ci puisse vivre en liberté, sans être un élément de désordre. »

C'est pourquoi la liberté presque absolue dont jouissent les malades en colonie familiale doit être contrôlée et surveillée. Si, dans les asiles, les services d'aliénés chroniques n'ont pas de vie ni de mouvement c'est que de solides murs de clôtures et un personnel nombreux et entraîné assurent, avec la revue médicale faite chaque matin, le bon ordre apparent. « On a dit, à la colonie, ce sont les nourriciers et la population tout entière qui jouent le rôle de surveillants. » Sans doute, mais ces surveillants sont très intéressés à cacher les faits qui peuvent être la cause du passage de malades à l'infirmerie. Ils tirent un bénéfice du séjour des pensionnaires chez eux. Par suite, le retrait du pensionnaire, pour une cause quelconque, est une perte de gain. C'est pourquoi, suivant l'expression de M. Truelle, « l'intérêt du nourricier fait trop souvent tort à son humanité ». Toutes les fois qu'un nourricier a prévenu

(1) D^r Truelle. Rapport au Préfet de la Seine, 1905.

trop tard qu'un de ses malades était souffrant, c'est à la crainte de retrait du malade qu'il faut attribuer le retard. On s'explique la raison qui oblige le médecin à une surveillance active et continue.

Dans la ville de Dun, pour que chaque malade soit, en moyenne, visitée tous les huit jours, il faut que le médecin fasse une tournée quotidienne de 20 à 25 visites. En dehors du temps passé à aller d'une maison à l'autre, à monter les escaliers, il faut interroger les malades, s'inquiéter de leur santé physique et mentale et recevoir leurs réclamations et celles des nourriciers. Sans doute les surveillants passent régulièrement une fois par semaine dans chaque placement et ils y retournent à l'occasion du moindre incident; mais le médecin est le seul qui présente l'autorité nécessaire pour faire exécuter les mesures d'hygiène si difficiles à obtenir des paysans. On ne se doute pas de la persévérance et de la fermeté qu'il faut employer dans certaines maisons pour obtenir que les draps soient propres, les malades conduites aux bains et les cabinets d'aisances tenus en bon état.

En ce qui concerne la colonie de Dun, la surveillance et des malades et des nourriciers doit s'exercer jusqu'à 25 kilomètres d'un côté et 17 de l'autre du centre de la colonie. On s'explique pourquoi nous avons restreint à 112 le nombre des malades choisis pour vivre à l'annexe des Bourdelins, située à 20 kilomètres de Dun. A une pareille distance du centre de la colonie, il faut éviter les moindres incidents. Or, M. Truelle estimait déjà en 1905 qu'il y aurait place pour 250 malades dans le village des Bourdelins et ses environs : Ourotier, Flavigny, les grands Charentons, etc. Un assistant et un surveillant assurent bien le service sous le contrôle du directeur de la colonie. Mais celui-ci, bien qu'il dispose d'une automobile, ne peut faire que

des visites trop peu fréquentes à cause de l'éloignement et du temps passé à se rendre, par de mauvais chemins, d'un hameau à un autre hameau.

Si un médecin habitait le pays, l'annexe des Bourdelins pourrait former un centre indépendant et se développer davantage. A cause du nombre des malades auxquels s'adressent les soins médicaux et de l'éloignement des villages, hameaux et fermes dans lesquels sont placés les malades, il semble que le directeur ne devrait pas avoir la responsabilité entière du service. Il faudrait que chacun des médecins fût indépendant. Les deux médecins adjoints et les trois médecins assistants qui se partagent la besogne avec le médecin-directeur, n'ont pas la responsabilité de leur service vis-à-vis de l'Administration, de sorte que, avec le système actuel plus encore à la colonie qu'à l'asile, l'étroite union et l'accord entre les médecins est indispensable. Si cette union n'avait pas existé entre les médecins qui ont successivement occupé les postes d'Ainay et de Dun depuis la création des colonies familiales, celles-ci n'auraient pas pu se développer. Afin que les médecins se partagent la besogne et arrivent à faire aux malades des visites fréquentes, la colonie de Dun a été divisée en un certain nombre de circonscriptions distinctes. Le tableau suivant rend compte de la division adoptée par nos prédécesseurs et que nous avons maintenue :

DIVISION DES SERVICES DE LA COLONIE.

1°. *Siège central de la colonie.*

Pavillon des gâteuses et infirmes (48 lits) : médecin-directeur.

Infirmerie des malades délirantes et agitées (15 lits) : médecin adjoint le plus ancien.

Infirmerie des malades atteintes d'affections incidentes ou contagieuses (9 lits) : deuxième médecin adjoint le plus nouveau.

Service du laboratoire : médecin adjoint le plus ancien.

Service des autopsies : médecin adjoint le plus nouveau et médecin assistant.

Service de garde, des visites médicales d'urgence dans les placement et surveillance de la pharmacie : médecin assistant.

Ville de Dun :

Lundi matin. Rue Saint-Côme : le plus ancien médecin adjoint.

Lundi soir. Route de Bussy : le plus nouveau médecin adjoint.

Mardi matin : Rue Saint-Denis : le plus ancien médecin adjoint.

Mardi soir. Rue de l'Ermitage : le plus nouveau médecin adjoint.

Mercredi matin. Rue des Crots : le plus nouveau médecin adjoint.

Mercredi soir. Rue Pilmoy : le plus nouveau médecin adjoint.

Jedi matin. Rue Grosse-Pont : le plus ancien médecin adjoint.

Jedi soir. Grande-Rue : le plus nouveau médecin adjoint.

Vendredi matin. Rue de l'Hirondelle : le plus ancien médecin adjoint.

Vendredi soir. Rue Saint-Vincent : le plus nouveau médecin adjoint.

Samedi soir. Trans-Auron : le plus nouveau médecin adjoint.

2° *Annexes* (1).

Annexe de Levet (14 kilomètres) : médecin-directeur et un médecin assistant résident.

Annexe de Nizerolle (4 kilomètres) : médecin-directeur.

Annexe de Cilly-les-Chemeaux (6 kilomètres), médecin-directeur.

Annexe d'Osmery (10 kilomètres) : médecin-directeur.

Annexe d'Ouroüer-les-Bourdelins (20 kilomètres) : médecin-directeur et un médecin assistant résident.

Parmi les inconvénients de la colonie, il faut encore compter l'obligation de ne laisser séjourner les malades agités dans les infirmeries de la colonie que trop peu de temps. Nos infirmeries ne sont pas disposées, en effet, pour éviter les accidents qui peuvent être causés par des aliénés dont le délire persiste très actif pendant plusieurs mois. De là l'obligation de réintégrer, chaque année, un certain nombre de malades. La plupart de ces malades ne peuvent attendre chez leurs nourriciers le moment de leur nouvel internement. La réintégration n'est décidée qu'après plusieurs essais de conciliation et plusieurs mutations de placement. On s'efforce de raisonner le malade, de faire patienter ses nourriciers. Lorsque toutes les tentatives sont infructueuses, le malade est retenu à l'infirmerie de la colonie. Si la crise se prolonge, il est réinterné dans un asile fermé, dès qu'une place est vacante.

En consultant le tableau suivant dressé pour 1909,

(1) Pour visiter les annexes, le médecin-directeur dispose de deux chevaux qui sont fournis par l'Administration et d'une automobile qui lui appartient.

1910 et 1911, on se rendra compte de l'activité du service en ce qui concerne les entrées, les mutations de placement, c'est-à-dire les changements de nourriciers, les passages à l'infirmerie et les réintégrations :

Année 1909.

Entrées	198
Mutations de placement.	270
Passage dans les infirmeries.	285
Réintégrations	70

Année 1910.

Entrées	122
Mutations de placement.	325
Passage dans les infirmeries.	383
Réintégrations	37

Année 1911.

Entrées	113
Mutations de placement.	310
Passage dans les infirmeries.	368
Réintégrations	27

La possibilité de réintégrer au plus tôt dans un asile fermé les malades agités et délirants est une des conditions d'existence de la Colonie et un de ses inconvénients. L'accès d'agitation ou la crise délirante aiguë qui nécessite de nouveau l'internement peut aussi bien se produire quelques jours après l'arrivée de la malade à la colonie sous l'influence du changement de vie, qu'après quelques années. Tel pensionnaire, calme aujourd'hui, devient indocile et agité sous l'influence d'une discussion avec son compagnon ou sa nourricière, d'une visite de sa famille, d'une lettre de ses parents, etc. Le genre de vie à la colonie est si différent de celui des asiles que le malade peut réagir dès qu'il n'est plus interné, d'une façon tout autre qu'à l'asile. Le système belge comprend l'installation au centre de la colonie d'un véritable petit asile fermé. Le médecin peut ainsi

maintenir sans crainte d'accidents, jusqu'au moment de les replacer dans les familles, les délirants aigus et les agités. Cet asile fermé n'existe pas à Dun-sur-Auron et à Ainay-le-Château. Par suite, les malades agités pendant longtemps sont transférés soit dans les asiles les plus voisins des deux colonies, soit dans les asiles de la Seine.

D'ailleurs, nous ne réintégrons les malades de la colonie dans les asiles qu'en cas d'urgence, car les inconvénients de la réintégration sont : 1° les dépenses de voyage du malade sans aucun profit pour son état mental ; 2° si la réintégration est faite dans un asile de la Seine, le prix de journée payé pour le pensionnaire se trouve plus que doublé : 4 fr. 16 à Sainte-Anne, 1 fr. 61 à Dun-sur-Auron ; 3° le plus souvent et à cause de cette élévation du prix de journée, le malade n'est pas réintégré dans son service d'origine, mais envoyé dans un asile de province. Au point de vue budgétaire, il y a avantage, le prix de journée payé dans les asiles provinciaux étant à peu près le même que celui des colonies. Mais cette coutume économique, pour les finances du département, est préjudiciable à l'aliéné lui-même. Il conviendrait, en effet, qu'après l'essai infructueux du placement familial, le malade soit de nouveau interné dans son service d'origine, ne fût-ce qu'à titre d'indication. Il connaîtrait le personnel, reprendrait ses anciennes habitudes et le médecin traitant serait au courant de son affection mentale. Le malade ne souffrirait donc pas d'un nouveau changement ; 4° la réintégration se fait d'ordinaire, dans les asiles les plus voisins de la colonie : Bourges, Moulins, Limoges, Blois. Sauf en ce qui concerne ce dernier asile, le malade se trouve aussi éloigné de sa famille qu'à la colonie. En outre, ses parents ne peuvent plus bénéficier des réductions de parcours à demi-tarif accordées par la Compa-

gnie d'Orléans aux familles qui viennent à Dun ou à Ainay ; 5° ces réintégrations ne sont pas toujours faciles à effectuer. Les asiles les plus proches des colonies sont souvent encombrés.

A Beauregard, notamment, il faut parfois attendre plusieurs mois avant qu'une sortie se produise et que la malade de la colonie soit admis. Dans les autres asiles, les places sont plus nombreuses, mais les communications sont difficiles et le parcours assez long. La réintégration est donc une mesure extrême, mais qu'on ne peut éviter pour un certain nombre de malades. C'est parce que le séjour des aliénés en liberté entraîne la nécessité de pouvoir les interner de nouveau s'ils présentent des accès d'agitation longs et fréquents, qu'à Gheel, on a annexé à la colonie un véritable asile.

A Dun, les réintégrations ont atteint, en 1909, le chiffre de 70 pour une population traitée de 1.116 malades. En 1910, elles ont été moins nombreuses (37, pour une population de 1.084 traitées), et enfin, en 1911, on compte seulement 27 réintégrations, tandis que les pensionnaires hospitalisés dans l'année à Dun et dans les annexes ont atteint le chiffre de 1.079 malades (16 hommes et 1.063 femmes).

(A suivre.)

Revue critique.

OPINIONS RÉCENTES

SUR LA

MORT DE J.-J. ROUSSEAU

Par le D^r Paul VOIVENEL

Rousseau accomplit ce miracle d'être toujours d'actualité. L'averse de publications — depuis le diaphane filet du journal quotidien jusqu'aux imposants volumes — n'a lassé ni le public ni les auteurs. Ce diable d'homme, au caractère difficile, qui se fit tour à tour détester et adorer de ses contemporains, agite encore les critiques et les médecins qui discutent sur sa maladie, sur son psychisme et sur sa mort.

Les cinq variétés de mort qu'admettent les médecins légistes : mort naturelle, lente ou subite ; mort violente, accidentelle, suicide ou criminelle, ont été soutenues.

La mort naturelle parut triompher.

Nous ne rappellerons pas les polémiques, nous ne referons pas un historique devenu banal, nous résumerons seulement les deux plus importants travaux récents : celui du D^r Julien Raspail (1) [août 1912] et celui du professeur Lacassagne (2) [30 janvier 1913].

(1) D^r Julien Raspail. *Le Mystère de la mort de J.-J. Rousseau. La Grande Revue*, 10 août 1912.

(2) Professeur Lacassagne. *La Mort de J.-J. Rousseau. Le Temps*, 30 janvier 1913. — Cet article du *Temps* n'est que le résumé d'une savante communication faite par le professeur Lacassagne à l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, dans les séances des 2 juillet et 12 novembre 1912, et publiée ensuite en brochure (*La Mort de Jean-Jacques Rousseau*, 57 pages in-8°. Lyon, A. Ley, imprimeur de l'Académie, 1913).

*
*
*

En 1909, Girardet (1) terminait sa remarquable thèse en affirmant que Rousseau avait succombé à l'urémie. C'était aussi l'avis du professeur Achard. On pouvait même préciser et poser le diagnostic de variété cérébrale.

Ce fait paraît tellement établi que, dans *Æsculape* de juillet 1911, le D^r Lucien Libert résumant : « J.-J. Rousseau devant la médecine contemporaine », écrit : « Il mourut sans doute d'un ictus apoplectique. »

Brutalement, l'impressionnant article du D^r Julien Raspail rouvre le procès et voilà Rousseau assassiné, victime d'un banal crime passionnel.

Thérèse Levasseur, peu respectueuse du génie de son grand homme, l'a trompé avec un palefrenier de M. de Girardin. Rousseau l'a appris. Il en « resta huit heures de suite sur le bord de l'eau dans une méditation profonde » (M^{me} de Staël), puis, après avoir remercié M^{me} de Girardin qui voulait amortir le premier choc, il va retrouver sa femme. Ici, laissons la parole au D^r Raspail :

« Rousseau s'enferme et reste en tête à tête avec Thérèse. La scène, qu'il avait longuement méditée, se produit ; elle ne tarde pas à prendre un caractère tragique ; tout à coup des cris éclatent, peut-être même un bruit de lutte est entendu par M. de Girardin qui était aux aguets. On pénètre aussitôt dans l'appartement ; on trouve Rousseau étendu sans vie sur le plancher, auprès de lui se tient Thérèse ; elle est couverte de sang. Que s'était-il passé ? Quand Rousseau arriva à la conclusion naturelle de ses remontrances, quand il signifia à la mégère que son inconduite récente rompait définitivement les liens qui les unissaient tous deux depuis tant d'années, Thérèse perdit complètement la tête en se voyant ainsi chassée honteusement ; une scène violente se déroula avec une extrême rapidité ; elle renversa Rousseau, se saisit du premier instrument qui se trouva à portée de sa main et en frappa le mal-

(1) Girardet. La Mort de Rousseau. *Thèse de Lyon*, 1909.

heureux à plusieurs reprises. Trois coups portèrent dans la figure ; le premier étourdit la victime, l'un des deux autres déterminâ une blessure mortelle.

« Quand on accourut, Rousseau était mort, l'irréparable était accompli ; M. de Girardin songea aussitôt à la lourde responsabilité que ce drame faisait peser sur lui ; il mit tout en œuvre pour étouffer le scandale épouvantable que l'aveu de la vérité n'aurait pas manqué de faire éclater. Il fut ainsi amené à imaginer la fable de l'apoplexie séreuse ; il la serina à Thérèse qui fut trop heureuse de s'en tirer à si bon compte. Comme seigneur d'Ermenonville, M. de Girardin était tout puissant ; il obtint facilement des chirurgiens de la région une complicité qui perce à chaque instant dans les deux procès-verbaux rédigés par eux. La constatation du décès ne mentionne même pas la plaie du front. Dans le procès-verbal d'autopsie, on n'osa plus dissimuler cette lésion ; elle avait été révélée par des indiscretions de domestiques et il circulait déjà des bruits sinistres dans le pays ; le procès-verbal d'autopsie parle donc de la blessure, mais il le fait dans des termes d'une ambiguïté voulue, le manque de sincérité de ces deux documents est évident ; il est tellement évident qu'il a été admis par Dubois d'Amiens, un des membres les plus illustres de l'Académie de médecine, qui faisait autorité pendant la première moitié du XIX^e-siècle. »

Dans la première partie de son travail, le D^r Julien Raspail montre et le mystère qui entoure la mort de Rousseau et les contradictions des témoignages et la moralité de certains témoins.

Dans la seconde partie, il affirme et démontre qu'il possède le vrai masque de Rousseau pris par Houdon. Il le décrit minutieusement et observe trois lésions, l'une — connue — sur le front, les autres dans la région orbitaire droite et dans la région nasale.

La lésion frontale est mortelle et J. Raspail affirme avec le D^r Balthazard qu'il y a un « effondrement de la bosse frontale droite ». « Cette blessure a défoncé la boîte crânienne et a intéressé le cerveau ; elle a un degré de gravité bien plus grand que les deux autres. Il est certain qu'à ce niveau, la substance cérébrale a été lésée, qu'une hémorragie interne en est résultée ; cette lésion

suffit à elle seule à expliquer la mort rapide de Rousseau. »

Dans la troisième partie, l'auteur rejette les hypothèses de l'apoplexie séreuse, du suicide par arme à feu, de l'empoisonnement, puis établit la preuve de la culpabilité de Thérèse. Les contours des trois lésions qu'il a décrites étant superposables, il estime qu'elles ont été produites par le même instrument vulnérant.

Enfin, dans la quatrième partie, le D^r J. Raspail essaie de démontrer que le Panthéon ne renferme pas le squelette de Rousseau. Il rappelle que, dès 1822, on accusa les prêtres de Sainte-Geneviève d'avoir profané les tombes de Voltaire et de Rousseau, en avril ou mai 1814, et d'avoir fait enfouir nuitamment leurs ossements dans un terrain vague de Bercy ou d'Ivry.

Ainsi Rousseau fut la victime d'un banal crime passionnel. Moins heureux que Hugo et Musset qui furent trompés par les gens distingués qu'étaient le laid Sainte-Beuve ou le beau Pagello, il aurait été délaissé pour le sieur Jean-Henry Bailly, palefrenier de son état. Qu'à cause de cet homme il ait été tué, c'est vraiment n'avoir pas eu de chance.

*
*
*

Comme on le pense, le travail du D^r Julien Raspail fit grand bruit. Commenté, discuté, il suscita une série d'articles. Il en est un qui, par la personnalité de son auteur, domine les autres : c'est celui du professeur Lacassagne, l'éminent maître lyonnais, à qui aucune des questions de littérature médico-légale n'est inconnue. Cet article, à notre avis, met fin aux débats.

« Nous ne croyons pas, dit le professeur Lacassagne, qu'on ait jamais, dans un cas semblable ou analogue, trouvé un ensemble de preuves plus caractéristiques que celles qui existent des causes de la mort de J.-J. Rousseau. Telle est la vérité qu'il faut nettement établir :

« Nous y parviendrons en montrant successivement :

« 1° L'origine et la nature de la maladie de Jean-Jacques ;

« 2° La dernière phase de cette maladie, ce qui s'est passé à Ermenonville le 2 juillet 1778.

« Il y a eu apparence de mort subite, mais Jean-Jacques a succombé après avoir présenté pendant trois heures les symptômes d'une attaque d'apoplexie séreuse ou d'urémie, et la mort a été déterminée par une chute accidentelle.

« 3^o Ce diagnostic est confirmé par l'autopsie, l'examen du crâne en 1897 et l'étude minutieuse du masque mortuaire de Rousseau. De tout cela découle la preuve irréfragable que Rousseau ne s'est pas tué, qu'il n'a pas été assassiné; il a succombé à une mort naturelle. »

Rappelant l'opinion du professeur Régis, d'après lequel Rousseau était un neurasthénique artério-scléreux avec des troubles génito-urinaires, le professeur Lacassagne dit que Jean-Jacques était un « urémique latent ». La néphrite chronique s'accusa par des vertiges et « d'autres troubles tenant à l'artério-sclérose ». On ne saurait reprocher aux médecins de 1778 de ne pas avoir recherché à l'autopsie la sclérose rénale que Bright décrivit pour la première fois en 1827 seulement. Il en fut d'eux comme de nos médecins légistes qui, il y a à peine quelques années, n'examinaient pas les capsules surrénales.

« La journée du 1^{er} juillet fut très chaude. Pendant la promenade, Rousseau s'arrêta plusieurs fois pour se reposer, il se plaignait de coliques. Le jeudi 2 juillet, il se lève de grand matin, va à la promenade et rentre à 7 heures pour absorber son café au lait. Il s'habille pour aller au château, mais éprouve bientôt les symptômes suivants : anxiété, violentes coliques, frissons par tout le corps, picotements très incommodes à la plante des pieds, sensation de froid glacial le long de la colonne vertébrale, sensation d'épingles aiguës qui lui broient la tête, une faiblesse extrême, de l'impossibilité de marcher. Il s'allonge sur le lit, prend un lavement et tout à coup se relève, descend brusquement du lit, va s'asseoir sur une chaise. Presque aussitôt il tombe à terre, la tête en avant. A-t-il heurté dans sa chute le vase de nuit qui fut, a-t-on écrit, ainsi brisé? Thérèse soulève Rousseau qui perdait du sang par une plaie du front. Elle appelle, on accourt. Rousseau était mort. Onze heures sonnaient. »

La mort de Rousseau, après sa chute sur le carreau

de la chambre peut s'expliquer par les expériences de Polis et celles de Paulesco, qui ont montré qu'une syncope mortelle est souvent la conséquence d'un brusque changement d'attitude chez un sujet ayant une mauvaise circulation cérébrale.

Après avoir rappelé que onze personnes assistaient à l'autopsie, le professeur Lacassagne, se livre à un examen détaillé du moulage que possède le D^r Julien Raspail. Il put l'étudier le 7 octobre 1912 à Arcueil. Il n'est pas de l'avis du D^r Raspail. Pour lui, le moulage montre nettement la plaie relevée sur le cadavre au moment de l'autopsie. « La seconde dépression indiquée comme plaie et décrite par le D^r J. Raspail est possible, mais d'origine incertaine. » (La tête, depuis la mort jusqu'au moulage, dit-il, a peut-être reposé sur le côté droit, d'où abaissement de la paupière, œdème localisé et par suite éraflure de la peau par le plâtre.) « La troisième nous paraît plus que douteuse. »

Avec malice, le professeur Lacassagne ajoute : « Sur le côté gauche du cou et remontant à droite, deux sillons ; nous les signalons pour qu'un jour ils ne soient pas indiqués comme la marque d'une pendaison ! »

Et voici ses conclusions :

Rousseau ne s'est pas suicidé et n'a pas été victime d'un assassinat. L'attaque d'urémie s'est terminée par une chute accidentelle qui a occasionné la plaie du front, plaie superficielle, sans enfoncement du crâne. Jean-Jacques a succombé à une mort naturelle accompagnée d'accident. C'est une fausse mort subite.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 JUIN 1913

Présidence de M. SEMELAIGNE, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente (1).

MM. Beaussart, Delmas, Libert, membres associés, assistent à la séance.

Mort de M. Antonio Marro.

M. le Président fait part à la Société du décès de M. le D^r Antonio Marro, médecin en chef du manicomme royal de Turin, membre associé étranger depuis le 30 décembre 1901.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une circulaire du Comité d'organisation du Congrès international de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie qui doit se tenir à Berne, du 7 au 12 septembre 1914 (V. cette circulaire aux Variétés);

2° Une lettre de M. Ducosté, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

(1) *Erratum.* — Dans le compte rendu de la séance du 26 mai de la Société médico-psychologique, page 722 (numéro de juin 1913), il faut rectifier ainsi les dernières lignes de l'intervention de M. René Charpentier lors de la discussion qui a suivi la communication de MM. René Charpentier et N. Vieux : « ... Cependant la malade a pu reprendre son métier et gagner sa vie; il s'agit donc d'une longue rémission, sinon d'une véritable intermission. »

3° Une lettre de M. Albès, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

4° Une lettre de M. Laignel-Lavastine, qui pose sa candidature à la place vacante de membre titulaire de la Société. — Commission élue au vote : MM. Colin, Dupré, Picqué, Sérieux, Vigouroux ;

5° Une lettre de M. Joustchenko, privat-docent à l'Université de Saint-Pétersbourg, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Séglas, Semelaigne et Chaslin, rapporteur ;

6° Une lettre de M. Lerat, médecin adjoint de l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne), qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Dupain, Marchand et René Charpentier, rapporteur ;

7° Une lettre de M. Voivenel, ancien chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de Toulouse, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Arnaud, Ritti et Juquelier, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

L'Enfance anormale, numéro de mai 1913.

La jalousie et les délires de jalousie,

par M. P. BEAUSSART.

La jalousie que j'ai envisagée ici est la jalousie amoureuse. Il convient en effet de distinguer, dans ce que couramment et en partie à tort on appelle la jalousie, deux passions différentes quoique voisines : l'*envie*, d'une part et de l'autre la *jalousie* proprement dite dont la manifestation la plus caractérisée est la jalousie amoureuse.

Ces deux états d'âme, identiques en beaucoup de points de par leur genèse, diffèrent cependant l'un de l'autre. « La jalousie, dit La Rochefoucauld, est en quelque manière juste et raisonnable puisqu'elle ne tend qu'à nous conserver un bien qui nous appartient, tandis

que l'envie est une fureur qui ne peut souffrir le bien des autres. » En effet, la jalousie, dans son acception la plus courante, c'est la crainte de se voir ravir l'amour d'une personne aimée et c'est la douleur éprouvée quand cet amour est ravi. L'envie, au contraire, est un mouvement de haine, de chagrin, de dépit, causé par le mérite ou le succès des autres.

L'étude des phénomènes psycho-physiologiques qui engendrent la jalousie amoureuse — phénomènes décrits par le professeur Mairet (1) — montre que cette passion est l'aboutissant de la perturbation d'éléments divers : outre l'amour, sentiment affectueux, pur, désintéressé, ce sont et surtout : le souvenir agréable de sensations cénesthésiques et génésiques chez celui qui possède ; — le désir plus ou moins subconscient et inavoué de ces mêmes sensations chez celui qui veut posséder, et en l'espèce il s'agit presque uniquement de l'homme ; — la quiétude née des habitudes et du bien-être de la vie journalière avec un être qu'on croit sentir en communion de goûts, d'idées, de sentiments avec vous ; — l'amour-propre, l'orgueil d'avoir été distingué par l'être convoité ; la satisfaction, surtout chez l'homme, de sentir cet être en sa possession, sous sa domination.

Ces multiples éléments varient d'intensité et de fréquence suivant le sexe et, dans le déterminisme passionnel, entrent en jeu à des degrés différents, suivant les individus. Comme le fait remarquer Mairet, à en croire Vauvenargues, la jalousie ne serait autre chose qu'une maladie de l'amour-propre. En tenant compte de ce qu'a trop d'absolu cette opinion, il est néanmoins à constater que l'amour-propre joue, dans la constitution de la passion jalouse, un rôle considérable (conscience personnelle d'une infériorité vis-à-vis du ou de la rivale ; peur du ridicule aux yeux des tiers ; peur de l'imputation de naïveté ; dépit de voir prodiguer à un autre les satisfactions physiques ou morales dont on jouissait ; dépit de ne pas voir comprises ou de voir délaissées celles qu'on prodiguait...).

Diderot a bien défini cet état : « La jalousie en amour,

(1) *La jalousie. Etude psycho-physiologique, clinique et médico-légale.* Masson, 1908.

dit-il, est la disposition ombrageuse d'une personne qui aime et qui craint que l'objet aimé ne fasse part de son cœur, de tous ses sentiments et de tout ce qu'elle prétend lui devoir être réservé... Cette passion cruelle et petite, marque la défiance de son propre mérite, un aveu de la supériorité d'un rival, et hâte communément le mal qu'elle appréhende. »

A côté de l'amour-propre, l'amour, si l'on s'en rapporte aux faits, serait la condition primordiale et indispensable de la jalousie : ne serait jaloux que celui qui aime. Mairet a eu l'occasion de traiter, dit-il, une jalouse dont la passion a disparu en même temps que disparaissait son amour pour son mari. Par contre, dans leur volume sur les « Folies raisonnantes », Sérienx et Capgras relatent l'observation (observ. I, p. 11) d'une jeune femme qui, à la suite d'un mariage de raison, se mit à bâtir un délire de jalousie et de persécution dirigé contre son mari pour lequel elle n'avait jamais eu aucune sympathie. Dans les cas de ce genre (exceptionnels dans le domaine jaloux), la passion jalouse repose uniquement sur le froissement de l'amour-propre et de l'orgueil, sur l'idée du déshonneur encouru, sur le dépit causé par la rupture de cette sorte de contrat tacite et tout de façade qui tient lieu de confiance amoureuse, tous sentiments, en somme, qui sont les seules garanties d'une union stable où l'amour n'a pas droit de cité.

La jalousie devrait être, semble-t-il, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, du moins chez l'homme qui possède, et cela en raison des caractères mêmes qui différencient la jalousie masculine de la jalousie féminine.

La femme, est-il dit, n'éprouve pas dans l'amour le besoin de dominer ou bien l'éprouve d'une façon moins vive que chez l'homme. En admettant même que cette remarque soit exacte, ne peut-on arguer de sa contrepartie et soutenir que la femme, qui dans l'amour tire une satisfaction à se voir maîtriser, doit souffrir de voir cette domination partagée avec une rivale?

L'instinct de domination active ou passive doit donc avoir, dans l'un et l'autre sexe, une valeur contributive égale dans l'éclosion de la jalousie.

Ce sont d'autres éléments qui prédisposent l'homme à être ou à devenir plus souvent jaloux. A mon avis, le vulgaire sentiment du ridicule, auquel l'être trompé croit ne pas pouvoir échapper, joue, en maintes circonstances, un rôle important. Les coutumes sont telles, en effet, que l'on verra avec plus de complaisance un mari être infidèle à sa femme qu'une femme manquer de fidélité à son mari. Cette opinion courante trouve, sans conteste, une explication biologique vraisemblable dans cette conséquence que peut entraîner pour le foyer familial l'infidélité féminine, c'est-à-dire dans la procréation ; il est inutile d'insister sur les nombreux sentiments qu'est susceptible de déchaîner chez l'homme cette situation ; tous les éléments propres à susciter la jalousie sont appelés à entrer en jeu, avec, en plus, l'atteinte portée à l'instinct de reproduction et aux sentiments d'intérêt.

Je le répète, les explications que je viens d'avancer ne concernent qu'à l'homme qui a la possession physique de la femme. D'autres sentiments ou préjugés, variables avec chaque caractère, peuvent aussi être sollicités dans la détermination de la jalousie masculine, mais avec une portée qui est loin d'atteindre celle que, précédemment, j'ai signalée ; dans l'infidélité féminine, l'homme verra la profanation de cette auréole d'honneur et de pureté intangibles dont il se plaît à parer la femme et la mère de famille en particulier ; il pourra même, avec certaines conceptions sociales, religieuses, et avec cette idée subconsciente que la prostitution n'atteint guère que les femmes, englober l'acte de l'épouse dans la même réprobation et le même dégoût ressenti pour la femme qui fait commerce de son corps.

La femme, une fois les divers éléments de jalousie propres à l'homme éliminés, n'a donc, au premier abord, que des occasions moindres de sombrer dans la passion jalouse ; et cependant, il ne paraît pas en être ainsi, soit qu'elle soit réellement plus portée à être jalouse, soit qu'elle soit moins disposée à réfréner et dissimuler ses sentiments.

Pour la femme, la jalousie se réduit à la souffrance, à la peur de voir mépriser ou délaisser son amour à

elle, ou de voir passer à une rivale l'amour dont son mari l'entourait — au froissement d'amour-propre; bien qu'en apparence, quelques femmes affectent de ne pas s'attarder à cet élément et se font fortes de ne pas tenir rigueur à l'homme qui les trompera avec une femme qui les surpasse, beaucoup ont la crainte, quelquefois à tort, de se sentir délaissées ou moins prisées en raison des disgrâces physiques qui, de par leur rôle biologique, les atteignent plus jeunes que l'homme.

Une des manifestations curieuses de la jalousie féminine réside dans la haine que certaines mères éprouvent à l'égard de la femme qui leur a ravi leur fils; il y a là plus que la meurtrissure de l'instinct maternel; elles ne voient alors dans cette circonstance que la femme qui leur enlève l'homme; et ce qui le prouve c'est qu'inversement ces mêmes mères n'ont aucun ressentiment contre l'homme qui les a dépossédées de leur fille, bien qu'elles puissent se montrer *envieuses* de l'amour dont on entoure leur fille.

Dans le même ordre d'idées, il sera rare de voir un père jaloux de sa fille.

Despine, toutefois, cité par Parant (1), rapporte l'observation d'un homme de soixante-sept ans qui, dans un raptus jaloux, ayant surpris sa fille avec un amant, tua l'homme d'un coup de fusil et poignarda sa fille.

Aussi intéressante à étudier est la jalousie des invertis, celle des lesbiennes, la jalousie des femmes vis-à-vis des prétendus amants homosexuels de leurs maris et la jalousie des hommes vis-à-vis des prétendues amantes saphiques de leurs femmes.

Nous avons vu que, chez l'homme principalement, la jalousie peut prendre naissance dès l'apparition de l'amour, avant même la prise de possession physique de la femme. Cet état d'âme, qui participe quelque peu de l'envie, se transforme une fois la possession effectuée; ou bien la même disposition ombrageuse et méfiante à l'égard de l'être aimé persiste et même s'accroît, ou bien elle disparaît aussitôt pour ramener le calme dans l'esprit, précédemment inquiet et angoissé. Cette brusque

(1) Les délires de jalousie. *Th.* de Paris, 1901, p. 19.

variation de manière d'être trouve-t-elle une explication plausible dans la confiance en l'avenir qui, dès lors, s'établit chez l'ex-jaloux, dans la certitude de l'union convoitée? Peut-être en est-il ainsi, et ce doit être là le fait de timides, de craintifs, qui doutent de la valeur de leurs sentiments.

La jalousie, d'après certains, est le meilleur tonique de l'amour. A se voir disputer son bien, non seulement on sentirait mieux le plaisir de le posséder, mais on l'apprécierait à un plus haut prix; ce n'est là opinion qu'en partie exacte. Si la jalousie, sagement conduite, peut tenir en éveil certains jaloux passionnels que le doute tenaille, elle laisse les confiants indifférents ou peut même déterminer à leur égard l'effet inverse.

Chez les premiers comme chez les seconds, il est à redouter qu'elle ne tourne au désavantage de celui qui la met en jeu, soit en raison des proportions inquiétantes qu'elle acquiert, soit en raison de la destruction qu'elle peut opérer dans un amour solidement établi, qui ne demandait qu'à jouir de sa douce tranquillité.

La jalousie se rencontre-t-elle chez l'être normalement constitué? Forcément, du fait qu'il aime, dira-t-on. Si cette constatation s'impose de prime-abord, il convient cependant de considérer les cas à l'occasion desquels la passion prend jour.

A mon avis, dans une union resserrée par les liens de l'amour, la jalousie ne doit pas idéalement exister; les sentiments de quiétude, de confiance réciproque doivent, d'une façon absolue, tenir en échec les suspicions et les doutes relativement à la fidélité. Ce n'est que lorsque l'infidélité est flagrante et indubitable que la jalousie est alors appelée à entrer en jeu et à se manifester de façons différentes, suivant les caractères: ou bien l'on verra l'amour brisé sur-le-champ, et, de ce fait, la jalousie se détruira d'elle-même; ou bien encore, après un temps de souffrance passagère et inévitable, le calme se fera, et l'amour revivifié oubliera l'infortune d'un instant et reprendra sa force première. Le plus souvent, après une période aiguë, la jalousie sera désormais enracinée, tenace, prête à s'atténuer, mais aussi à s'exacerber à l'occasion de craintes et de doutes, immotivés cette fois.

Cette jalousie aigüe, inévitable et inséparable de la constatation brutale et évidente de l'infidélité, ne mérite-t-elle pas d'être envisagée comme normale et seule normale ? Le doute passionnel, qu'elle engendre par la suite, ou celui qui prend naissance spontanément, impliqueraient déjà l'idée d'un travers de caractère et pourraient servir de base à un état pathologique capable d'atteindre, par des degrés divers, un développement considérable, et susceptible de conduire à l'aliénation mentale.

A voir ainsi les choses, ce serait n'admettre une jalousie normale que dans de rares exceptions, car le doute jaloux est, dans l'exercice journalier de la passion, l'extrême fréquence. Si, du moins, cette conception n'a pas une valeur psychologique absolue, elle a l'avantage de considérer déjà la jalousie courante, faite de craintes et de suspicions, comme le fondement, comme la prédisposition anormale de laquelle, à la faveur d'une infinie variétés de formes passionnelles, on arrive, par transitions, jusqu'aux états confirmés d'aliénation mentale.

Sur ces formes passionnelles, je n'insisterai pas ; elles ont été décrites par Mairét, sous le nom d'hyperesthésie jalouse ; elles impliquent un état de conscience plus ou moins manifeste et sont caractérisées par une réaction plus facile et plus intense de la passion, sous l'influence du doute. La cause la plus banale, la seule imagination même, suffisent pour reproduire la peur jalouse ; cette hyperesthésie affecte, le plus souvent, une marche rémittente avec exacerbation, sous l'influence de nouvelles suspicions, de nouvelles craintes, d'émotions, de troubles physiologiques (menstruation), d'intoxications, dont la plus tavorisante est l'alcoolisme. L'inquiétude, les crises angoissantes qu'éprouve le sujet peuvent s'accompagner de véritables impulsions, suivies de soulagement ; un des jaloux de Mairét injurait sa femme, lui reprochait sa conduite et lui disait : « Je sais que ce n'est pas vrai, mais il faut que je le dise pour me tranquilliser. »

La jalousie délirante qui, à présent, va seule nous intéresser, est loin d'être rare en aliénation mentale ; on peut la rencontrer dans des formes nosologiques

diverses, mais souvent à titre de simple épiphénomène. D'autres fois, elle résume la maladie ou, tout au moins, est le satellite autour duquel se groupent les autres symptômes.

Je rappelle que les idées délirantes de jalousie, ne revêtant aucune systématisation stable, peuvent au milieu de conceptions délirantes polymorphes se présenter dans la manie, les névroses (hystérie, épilepsie), la paralysie générale, la sénilité, les bouffées dégénératives. Parant fils, dans sa thèse, passe en revue tous ces faits. L'alcoolisme (et intoxications similaires : morphinisme, cocaïnisme) est l'état où ces idées délirantes de jalousie se rencontrent avec le plus de fréquence.

Dans l'alcoolisme, en effet, la jalousie est florissante au point que les auteurs allemands, à la suite de Krafft-Ebing, incriminent toujours l'intervention de cette intoxication, quand les phénomènes jaloux entrent en jeu, et cela quelle que soit la forme nosologique qui les englobe.

A côté des bouffées éphémères de jalousie constatées au cours des accès d'ivresse, de délire alcoolique subaigu, bouffées dont le contenu est sans suite et sans cohésion, il arrive que ces mêmes idées délirantes affectent un thème plus fixe, mieux soutenu, appelé à des destinées diverses : tantôt, en effet, avec la disparition de l'accès toxique, se dissipe la poussée délirante ; d'autres fois, les idées jalouses restent implantées dans l'esprit du sujet à l'état d'idées fixes post-oniriques ou de délire fixe post-onirique. De toute façon, ce dernier délire, hallucinatoire, plus ou moins systématisé, n'est jamais que temporaire et se trouve appelé à disparaître dans les mois qui suivent.

Laissant de côté pour l'instant l'exposé du rôle que l'alcoolisme joue dans l'évolution des délires systématisés, j'en arrive à l'étude de la forme interprétative du délire de jalousie.

La jalousie, en tant que passionnelle, avec ses doutes, ses craintes, ses suspicions, ses investigations, n'est-elle pas déjà la résultante d'interprétations multiples et erronées, ne constitue-t-elle pas une sorte de « délire d'interprétation physiologique », comme disent Sérieux et Capgras ? Que ces interprétations prennent un caract-

tère de fixité et de diffusion qui amène l'état pathologique et l'on saisit, dès lors, la transition qui permet de passer de la jalousie-passion à la jalousie-délire.

Dans le délire d'interprétation, la jalousie peut acquérir une prépondérance telle qu'elle est l'unique élément du système pathologique ; c'est ainsi, comme l'écrivait tout récemment Régis dans les *Annales médico-psychologiques* (1), que se trouve réalisé « au complet le type du délire jaloux raisonnant, sorte de conception systématique, à point de départ faux, mais logique, coordonnée, souvent vraisemblable et consciente, tenant plus de l'idée fixe ou de l'obsession que de la folie proprement dite ». Cependant cette obsession jalouse affecte fréquemment l'allure d'un véritable délire obsessif à évolution systématique. Le plus souvent, la jalousie ne demeure pas à l'état de pureté ; l'éclosion et la prédominance des idées de persécution, de même essence, constituent par leur apport une variété nosologique spéciale, celle du persécuté-persécuter.

Il me serait trop long de rapporter dans tous leurs détails les nombreuses pratiques et investigations auxquelles se livre le jaloux pour arriver à posséder des preuves palpables et convaincantes de son infortune, de signaler les moyens auxquels il a recours pour s'éviter de nouveaux déboires conjugaux. Je renverrai pour cela aux bonnes descriptions données par Mairet, par Sérieux et Capgras (2). L'interprétant délirant et jaloux, bien que convaincu de l'infidélité de son conjoint, n'en continue pas moins à accumuler des preuves qu'il croit de plus en plus précises ; les motifs les plus futiles lui sont bons à confirmer ses vues et cependant l'amoncellement de ces preuves ne le satisfait pas ; il voudrait une constatation flagrante, ou l'aveu de l'inconduite de la bouche même de celle qu'il harcèle tantôt de ses menaces, tantôt de ses supplications, lui promettant d'être désormais soulagé après ses confidences ; mais

(1) Régis. *Déséquilibre mental et divorce*, juillet-août 1911, p. 72.

(2) Mairet. *La jalousie*. Chapitre monomanie, p. 51 ; Sérieux et Capgras. *Les folies raisonnantes*, p. 110.

malheur à elle si, intimidée, torturée, poussée à bout, elle confirme les doutes du jaloux !

Les seuls arguments qu'il repousse sans les discuter sont ceux qui lui montrent la fausseté de son idée ; s'il s'en sert, c'est pour accuser de complicité la personne qui le raisonne et l'englober dans le nombre de ses ennemis imaginaires.

Nombreuses et intéressantes sont les observations de délire jaloux à base d'interprétations, qu'il s'agisse soit de jalousie pure, de véritable idée fixe, de délire obsédant, soit d'association de jalousie et d'idées de persécution.

Dans l'ouvrage de Sérieux et Capgras, les observations I et V sont à retenir, de même que l'observation IX. Régis dans son *Manuel de médecine mentale* en rapporte une, la même qu'il rappelle dans les *Annales médico-psychologiques* (1). Parant fils, dans sa thèse, en cite quatre curieuses (2) dont une de Bombarda. Mairet en publie quelques-unes. Les *Annales médico-psychologiques* en renferment une instructive de Garnier et Marandon de Montyel (3).

A l'occasion de ces cas, pris parmi les principaux, j'aurai quelques particularités à signaler.

Tout d'abord, il n'est pas rare de relever à l'origine du délire un motif plus ou moins futile, mais exact, dont le jaloux, paranoïaque d'un certain genre, s'empare pour échafauder son système pathologique ; c'est l'épouse qui, par une attitude coquette, une certaine liberté d'allure, prête le flanc à certaines critiques ; c'est une lettre anonyme envoyée par une personne malveillante ; c'est un aveu d'infidélité donné par plaisanterie ou méchanceté par l'un des conjoints ; c'est une plaisanterie anodine lancée par un tiers à l'un des conjoints sur sa femme ; c'est le défaut de perspicacité de l'épouse soupçonnée, qui ne voit pas sous son véritable jour l'attitude méfiante de son époux et qui augmente par ses réflexions et ses démarches le mal qu'elle prend

(1) Régis. *Déséquilibre et divorce*, 1911, juillet-août, p. 73.

(2) V. Parant. *Les délires de jalousie*. Thèse, Paris, 1901, observations VIII à XI.

(3) Garnier et Marandon de Montyel. 1895, janvier-février, p. 232. *Soc. médico-psych.*, 31 décembre 1894.

à son tour pour de l'indifférence de la part de son mari ; rien n'est plus curieux à ce dernier propos qu'une des observations de Parant : un paranoïaque interprétant, envahi par une idée fixe de jalousie, change de caractère, devient agressif et querelleur ; sa femme, devant ces faits, se figure qu'il a des maîtresses et qu'elle est délaissée ; elle a l'intention de demander la dissolution du mariage. Connaissant cette résolution, l'époux multiplie ses interprétations et croit que sa conjointe est conseillée par son amant ; au cours de paroxysmes délirants, il se livre à des actes dangereux : sa femme continue à ne pas s'apercevoir de la véritable situation qu'elle aggrave par son indifférence, son peu d'empressement. Le mari lui laisse une lettre délirante qu'elle croit devoir lui être utile pour le divorce ; elle s'empresse de la porter à son homme d'affaires ; l'époux prend cette démarche pour une visite à l'amant ; dans un raptus impulsif, il tire alors sur elle un coup de revolver, la frappe de plusieurs coups de poignard et tente de se suicider.

Un des points que j'ai encore à signaler est la fréquence de l'imputation de rapports contre nature, homosexuels ou saphiques, invoquée par le jaloux contre son conjoint ; lorsqu'il ne recourt pas à cette accusation, le jaloux croit aux rapports incestueux, et tout cela peut se comprendre si l'on pense que, ne trouvant pas à désigner parmi les étrangers un amant à sa femme (s'il s'agit de l'homme) qui se tient sur ses gardes, il s'en prend aux personnes de l'entourage immédiat ou du même sexe que l'infidèle.

Enfin je rappellerai l'influence des paroxysmes survenant au cours du délire, paroxysmes liés soit à des causes physiologiques (menstruation, ménopause, congestions céphaliques), soit à des causes psychologiques (émotions, rêves), soit à des intoxications ; en dehors de l'alcoolisme, j'attirerai l'attention sur le rôle joué par le morphino-cocainisme, dans une observation intéressante de jaloux persécuté-persécuteur rapportée par Rodet dans son opuscule sur la Morphinomanie et le morphinisme (1).

(1) Rodet, p. 189.

Avant d'en finir avec le délire jaloux à base d'interprétations, voici entre plusieurs une observation personnelle qui rentre dans ce cadre nosologique :

OBS. I. — L..., femme B..., soixante-quinze ans. Malgré cet âge avancé, la malade ne peut être considérée comme une sénile; extérieurement et physiologiquement, elle ne porte pas plus de cinquante-cinq à soixante ans : elle est alerte et robuste, ne présente aucune tare organique ni le moindre affaiblissement intellectuel.

Elle s'est mariée à dix-huit ans avec un mari de six ans plus âgé qu'elle. De cette union sont nés trois filles et un garçon; l'aîné de ces enfants a cinquante-six ans et le cadet quarante-trois ans.

La malade délirait déjà depuis longtemps lorsque, à la suite d'une tentative de meurtre sur la personne de son mari, elle fut internée à l'asile de la Charité en avril 1910.

En l'absence de renseignements de l'entourage, nous pouvons, d'après les dires de la malade, faire remonter le début apparent des troubles psychopathiques à une vingtaine d'années, c'est-à-dire à une période contemporaine de la ménopause. Un internement à l'asile de Bordeaux aurait eu lieu il y a plusieurs années.

Le délire est basé sur des illusions et de nombreuses interprétations. Voici les points saillants du système délirant :

« Depuis une vingtaine d'années, je suis en butte aux taquineries et aux méchancetés déguisées de mon mari qui, avec un art consommé et des apparences de bonhomie, m'a torturée à petit feu. Il aurait voulu, sans brusquer les choses, se débarrasser de moi pour vivre à son aise avec ses maîtresses. Il espérait, avec les souffrances morales qu'il me faisait endurer, m'amener à un épuisement progressif; il me faisait sous-entendre qu'il serait heureux de me voir mourir; sous prétexte d'amusements, il m'envoyait de mauvais coups; la nuit, par des mouvements brusques, il me réveillait en sursaut au moment où je dormais le mieux et cela pour m'empêcher de réparer mes forces; il brutalisait mes enfants pour me faire souffrir.

« Mécontent de voir son œuvre de destruction marcher trop lentement, il a usé du poison; j'ai découvert de l'arsenic dans une cachette; je n'ai jamais remarqué d'odeurs ni de goûts particuliers dans mes aliments et boissons, mais j'ai reconnu les effets du toxique dans certains troubles tels que : dessiccation et tiraillements d'estomac, somnolence, « rétrécissements des yeux », chute des dents. « Va faire une promenade à Nantes », me disait-il souvent; c'était une façon détournée de m'inciter à aller me jeter à la Loire.

« Poursuivant son œuvre néfaste, il avait, non sans mal,

réussi à détourner de moi mes enfants et à leur faire épouser ses blâmables desseins ; c'est à force de méchancetés et de procédés infâmes qu'il les avait amenés à entrer dans son complot ; mon fils aurait bien voulu résister à cette mauvaise influence, mais il était trop poltron ; son père le faisait boire pour l'amener à ce qu'il voulait.

« Souvent, j'entendais mes filles répéter que si je mourais, leur père se remarierait ; la plus jeune était la plus acharnée ; elle avait dû certainement être accaparée par les maîtresses de son père : elle avait une physionomie spéciale quand elle rentrait d'une promenade, elle me poussait avec brusquerie, m'é causait avec énervement...

« Je sais que mon mari a eu d'une première maîtresse mariée (du reste, il s'est débarrassé de l'époux par empoisonnement) une fille âgée aujourd'hui d'une trentaine d'années qui, à son tour, est devenue aussi sa maîtresse. Il leur a acheté la maison qu'elles habitent et pour ce faire il me volait, me faisait signer des pièces que je ne lisais pas et qui devaient être des donations. Il a participé à tous les frais d'éducation de sa fille naturelle, sa maîtresse actuelle avec laquelle il veut se marier ; il a dû dépenser beaucoup, car la mère et la fille sont toujours bien mises. Il était très rusé et jamais il ne s'est avisé d'introduire ses maîtresses chez lui. »

La malade passait son temps à épier son mari : elle plaçait des remarques aux portes et aux fenêtres. Un jour, exaspérée par les persécutions et les projets matrimoniaux de son époux, elle l'a frappé avec un rasoir à la face.

Tout en racontant les malheurs qu'elle a endurés, la malade s'irrite, précipite le débit de ses imprécations contre son mari ; elle est angoissée, elle tremble, sa face se congestionne. Elle se refuse à croire que depuis sa séquestration son mari est décédé ; c'est, dit-elle, un nouveau simulacre employé pour vivre tranquillement auprès de ses femmes.

A en croire certains auteurs, le délire de jalousie pure ne pourrait qu'être délire à base d'interprétations ; en cela, il ne serait autre que le seul aboutissant pathologique possible d'un état passionnel qui, lui, ne repose que sur des interprétations erronées. Cependant il est incontestable — et de multiples observations sont là pour le prouver — que le système délirant jaloux s'accompagne fréquemment de tout un cortège hallucinatoire. Il est vrai que les partisans du seul délire d'interprétation mettent sur le compte de l'alcoolisme — c'est l'intoxication la plus souvent en cause — les phéno-

mènes psycho-sensoriels. Il en est quelquefois, mais pas toujours ainsi; ce rôle toxique et son mode d'action demandent donc à être précisés.

Pour Sérieux et Capgras (1), « il existe une psychose interprétative spéciale à l'alcoolisme : le délire de jalousie, dont le tableau clinique rappelle, d'une façon frappante, celui du délire d'interprétation. Mais tandis que, dans la plupart des délires de persécution alcooliques, les phénomènes hallucinatoires contribuent, pour la grande part, à la production des idées morbides, dans le délire de jalousie, ils sont accessoires. Ce dernier délire, en outre, n'a pas une marche continue, comme le délire d'interprétation; il est sujet à des éclipses et procède par accès paroxystiques liés aux abus de boissons ».

Nous avons vu antérieurement que les accès d'ivresse ou d'alcoolisme subaigu pouvaient, à l'aide d'idées fixes post-oniriques, être le point de départ de délires systématisés jaloux de durée éphémère. Ces systèmes délirants sont à distinguer du délire hallucinatoire et systématisé de jalousie au cours duquel peuvent apparaître des accès subaigus dus à l'alcoolisme, accès qui s'accompagnent d'une recrudescence des troubles sensoriels, dont le sujet correspond au délire, servent quelquefois à mettre en relief les idées délirantes dissimulées et sont enfin la cause déterminante de réactions violentes. Il s'agit alors de l'association et non de la succession de deux entités pathologiques.

Ceci dit, il se trouve des délires hallucinatoires systématisés de jalousie où des influences toxiques n'entrent nullement en jeu. A l'élément jaloux, se juxtapose, d'une façon plus ou moins florissante et précoce, un élément de persécution qui peut, au bout d'un certain temps, dominer seul la scène délirante : ces persécutions qu'il sent émanées d'abord du conjoint infidèle, le jaloux les impute, à la longue, à de multiples personnes intéressées à le voir trompé. Les hallucinations, surtout celles de l'ouïe, viennent apporter une confirmation indiscutable à ses doutes et à ses suspicions.

Comme principales observations de cette espèce, je

(1) Sérieux et Capgras. *Les folies raisonnantes*, p. 271.

citerai : une observation de la thèse de Parant fils (obs. XII) et une autre de Parant père, que l'on trouvera dans les *Annales médico-psychologiques* et qui concerne le meurtrier du D^r Marchant de l'asile de Braqueville (1). Mairet en publie deux, mais les considère comme ne relevant pas d'un délire chronique.

Personnellement, j'en ai recueilli une dizaine, tant à l'asile de La Charité, que dans le service du D^r Colin, alors que j'étais son interne. Il m'est impossible de les rapporter toutes ; en voici une prise au hasard :

Obs. II. — F..., trente-quatre ans, marié depuis sept années. Il y a deux enfants. « Ma femme, dit-il, a commencé à avoir une mauvaise conduite il y a deux ans environ ; je la soupçonnais, mais n'avais pas de preuves certaines ; j'avais remarqué qu'un garçon boucher plaisantait avec elle : « On va « vous donner un beau morceau », lui disait-il ; il tenait son fusil à aiguiser entre ses jambes, pour lui montrer qu'il voudrait coucher avec elle. Je fus convaincu de l'infidélité de ma femme il y a un an et demi ; en rentrant chez moi, le soir, j'ai vu un individu se sauver par une porte opposée ; ma femme faisait semblant d'être affairée, mais présentait une attitude bizarre et embarrassée.

« A partir de ce jour, j'ai été en butte à une infinité de persécutions.

« Ma femme devait m'empoisonner, car je ressentais des « effets » dans la tête, mes mains devenaient noires ; lorsque je travaillais, ces phénomènes disparaissaient ; une nuit, en rêvant, elle a prononcé le nom de Georges, — celui du boucher ; — c'est la preuve absolue de son inconduite.

« Dans la rue, je remarquais que les passants faisaient allusion à mon infortune conjugale ; on avait l'air de me regarder en souriant ; on m'appelait « cocu ».

« Ma femme me trompait, parce qu'elle était poussée par sa mère qui voulait me voir disparaître pour s'emparer de tout ce que je possédais. Une bonne partie de mon linge, de mon argent, filait chez elle. Elle était heureuse de monter ma femme contre moi et elle favorisait sa débauche.

« Le 27 février 1912, ma femme, qui avait ses règles à ce moment, a quitté mon domicile et s'est réfugiée chez ses parents. Je sais que le boucher venait la retrouver là. On me le disait dans la rue et je les ai vus. J'ai envoyé 500 francs à ma femme et j'ai tout fait pour la faire revenir ; jamais elle n'a répondu à

(1) *Annal. méd.-psych.*, 1881, VI, p. 245.

mes lettres; j'ai essayé de la rencontrer, mais elle devait être prévenue de ma présence, car j'ai toujours échoué. C'est alors que j'ai commencé les démarches en vue du divorce. »

En octobre 1912, à l'occasion d'excès de boissons, survient un épisode subaigu avec paroxysme délirant et hallucinatoire qui motive l'internement: « Pendant cinq jours, mes beaux-parents et ma femme m'ont poursuivi dans la rue, chez moi, me menaçant de mort. J'entendais ma belle-mère dire à ma femme: « P..., vérolée, tu es enceinte »; quelqu'un intervenait et conseillait ma femme de revenir auprès de moi.

« Ils venaient à ma fenêtre me narguer. Partout où j'allais, ils m'insultaient: « Cocu, bout de boudin, ta femme est une p... ». Ils me « couraient » avec le « système magnéto et le système acoustique »; j'avais beau me sauver, je les voyais réapparaître aux coins de rues. La nuit, ils venaient dans l'appartement au-dessus du mien; c'est mon beau-frère qui avait fabriqué les clefs pour y pénétrer. Je me suis plaint à la police que ma femme était enceinte et vérolée. »

Après une fugue panophobique on le conduit à l'hôpital de Nevers: « Là, ma femme et ma belle-mère montaient sur une échelle pour venir me tuer; la première avait un revolver et la seconde un couteau; elles me travaillaient la pensée avec l'électricité; ça me cognait dans le crâne. » On m'a amené à l'asile de la Charité (25 octobre 1912) parce que ma femme est devenue enceinte de son amant; on a eu besoin de m'éloigner pour faire disparaître l'enfant. Aujourd'hui, je vais mieux de la tête, mais elles continuent à me lancer des courants électriques dans le corps, à m'injurier, à me persécuter.

« Elles me font rêver à mes malheurs; elles agissent sur moi toujours par l'acoustique et l'électricité; elles me taquinaient les parties sexuelles, me disent que je suis cocu... »

« Une nuit, tout récemment, j'ai vu l'amant de ma femme dans le dortoir; il avait un couteau et venait pour me tuer; quand il a vu qu'il était découvert, il a passé l'arme à un malade et il s'est sauvé. Les gardiens ont des rapports avec ma femme; j'entends leurs débordements au-dessus de moi; le chef de quartier me regarde de travers... »

Depuis l'entrée, le délire hallucinatoire est toujours aussi intense. Dans ce cas, il existe un appoint alcoolique, mais il n'a été que secondaire au début du système délirant; le seul rôle qu'il ait joué est celui d'agent exacerbant. Le malade est, de par sa constitution, un violent. Il a été condamné à six mois de prison avec sursis et cinq ans d'interdiction de séjour.

Un chapitre des plus intéressants dans l'étude de la jalousie est celui des réactions auxquelles se livre le jaloux.

Ces réactions sont commandées par le tempérament, les tendances du malade, et sont sollicitées par des situations psychologiques ou pathologiques diverses.

C'est ainsi que l'on verra des *jaloux résignés* souffrir sans se révolter et sans se laisser aller à des actes regrettables et cela quelle que soit l'intensité de leurs manifestations passionnelles ou délirantes. Mairet, dans son ouvrage, cite un cas de ce genre (1). Je possède l'observation d'un jaloux qui, depuis plusieurs années, accuse également sa femme de le tromper avec les patrons qui l'employaient; jamais cet homme ne s'est livré à la moindre menace contre ses prétendus rivaux et contre l'infidèle; en passant, je signale ce fait curieux que, chez lui, la jalousie a débuté avec une cécité commençante.

Dans d'autres cas, l'idée ne viendra pas au malade de s'en prendre à sa femme ou à ses complices; il verra dans le suicide le seul moyen d'échapper à ses tortures.

Certains recourront à l'abandon, ou essayeront de ramener le conjoint infidèle en le trompant à son tour.

Les violents par nature se livreront à toute la série des menaces, violences et attentats, et cela dans des conditions différentes: tantôt il s'agira de combinaisons savamment étudiées et préméditées, — tantôt de paroxysmes passionnels ou délirants suscités par les multiples causes citées plus haut (émotion, imagination, menstruation); d'autres fois, ce sera un épisode toxique agissant par ses hallucinations visuelles et auditives, son impulsivité.

Le jaloux s'en prendra à l'infidèle, à ses rivaux, aux personnes qui couvrent et favorisent, d'après lui, l'inconduite du conjoint; aux magistrats près de qui ce conjoint va chercher conseils et protection; aux médecins qui provoquent ou maintiennent l'internement; aux enfants considérés comme le produit de l'adultère; le plus souvent, ce sera le meurtre.

Une arme à la main, le jaloux sommera sa femme de lui avouer son inconduite, de lui écrire le récit de ses relations adultères; il la claustrera, l'attachera au lit; il cadennassera toutes les ouvertures.

(1) Mairet, p. 83.

Chez les femmes, surgiront des réactions qui leur sont propres : accusations diffamatoires, empoisonnement, castration, vitriolage...

Dans la pratique psychiatrique journalière, l'on a vu à maintes reprises des jaloux susciter, par leurs réclamations et les mouvements d'opinion qu'elles soulèvent, des affaires de séquestration arbitraire.

Le fait ne peut nous étonner si l'on songe qu'à côté des jaloux délirants hallucinés et interprétants, dont les conceptions outrées et les accusations invraisemblables démontrent l'état pathologique, il existe de nombreux sujets extrêmement réticents, dont l'attitude extérieure et l'apparent équilibre mental en imposent aux ignorants des choses de la psychiatrie.

De plus, dans la jalousie délirante, les faits cliniques sont souvent vraisemblables, plus que dans le délire de persécution ; l'on croira volontiers à l'infidélité conjugale alléguée par le malade et ce dernier tirera profit de l'argument passionnel qu'on opposera à l'argument pathologique.

Les plus retentissantes de ces affaires figurent dans les *Annales médico-psychologiques* (1) ; on se souvient encore des polémiques que souleva dans les journaux la dernière (2).

J'en aurai fini quand j'aurai signalé que parmi les jaloux certains introduisent des demandes en divorce contre leur conjoint.

Cette séparation des époux serait certes, en quelques circonstances, le terme logique d'une situation pénible. Je renvoie à ce sujet à l'article de Régis qui traite de la question à propos d'un cas de cette espèce (3).

DISCUSSION.

M. COLIN. — En écoutant l'intéressante communication de M. Beaussart, j'ai été surpris de lui entendre affirmer la plus grande fréquence de la jalousie chez

(1) *Soc. méd.-psych.*, 30 avril 1866. — *Soc. méd.-psych.*, 31 décembre 1894.

(2) *Informateur*, 1912, n° 7.

(3) *Annal. méd.-psych.*, juillet-août 1911, p. 57.

l'homme que chez la femme ; il semble cependant que les crimes de la jalousie soient plus fréquemment des crimes féminins.

Le point sur lequel il convient, avec l'auteur, d'attirer l'attention, à propos des délires de jalousie, c'est la fréquence des délires hallucinatoires méconnus. Les jaloux hallucinés et réticents ne sont pas très rares, et ce sont des malades particulièrement dangereux quand ils sortent de l'asile.

M. BRIAND. — Les jaloux sont d'autant plus dangereux qu'ils obtiennent assez aisément leur sortie lorsqu'ils se plaignent de faits en partie exacts. On ne peut guère faire admettre à un magistrat que le point de départ d'un délire de jalousie tenace, pouvant entraîner à des réactions graves, peut être une réelle infidélité du conjoint.

M. COLIN. — La part de vérité dans les accusations des jaloux est souvent très difficile à déterminer. M. Pactet a eu dans son service un malade que plusieurs d'entre nous ont bien connu, qui eut sous l'influence de la jalousie une réaction très grave, puisqu'il mutila son fils et que celui-ci mourut de ses blessures. Or, les accusations portées par ce malade contre sa femme et son fils étaient peut-être fondées.

M. PACTET. — Ce malade s'est suicidé quand il apprit qu'on allait ouvrir à Villejuif une section spéciale dans laquelle il risquait d'être versé. J'ai longuement interrogé sa femme, et je ne puis encore affirmer aujourd'hui que les faits allégués par le mari étaient absolument inexacts.

Trois nouvelles illusions tactiles,

PAR LES DOCTEURS

SOULA

et

SAUVAGE,

Chef des travaux
de physiologie

Chef de clinique
des maladies mentales

à la Faculté de médecine de Toulouse.

La notion précise et consciente des divers segments de notre corps dans leurs relations réciproques est un jugement résultant de la coordination, par association

intellectuelle élémentaire, de sensations tactiles, de sensations visuelles et de sensations venues des parties profondes.

Chacun de ces éléments joue un rôle d'importance inégale qu'ont permis d'apprécier diverses expériences, celles en particulier qui sont la source d'illusions sensorielles. L'illusion d'Aristote en est le type.

Voici trois expériences nouvelles qui peuvent amener des déductions multiples qui permettent surtout de reconnaître l'importance du facteur « mouvement » dans la production de l'illusion elle-même comme dans sa rectification.

1° Un sujet ayant les yeux clos, commandez-lui de fléchir les doigts d'une main à l'exception de l'index. Saisissez celui-ci près de son extrémité de façon à fixer l'articulation distale. Placez l'index de votre main libre tout près du front du sujet, de manière à ce que la face palmaire regarde son visage. D'un mouvement régulier et assez rapide, approchez l'index du patient de votre main expectante et touchez soit par simple pression, soit par léger frôlement, mais au même instant, la face dorsale de votre index avec la pulpe digitale de l'index du patient et le front de ce dernier avec la pulpe de votre index.

Le sujet déclare avoir touché son front.

2° Le sujet gardant les yeux clos, saisissez son index comme dans l'expérience précédente et faites-lui toucher la paume de votre main (près du bord cubital), tandis qu'un aide touche au même instant un point symétrique de la main libre du sujet située au-dessus ou au-dessous de la vôtre.

Le sujet s' imagine avoir touché sa main.

3° Faites asseoir deux sujets face à face. Bandez-leur les yeux. Ayez une tige rigide sur laquelle peuvent glisser deux pinces ou deux tubes perpendiculaires à la direction de la tige et susceptibles d'être fixés à des distances variables.

Chacun des sujets passe un index dans le tube (main de nom contraire pour chaque sujet) de telle manière que l'extrémité en est libre.

Fixez les appareils de soutènement (pince ou tube) à

une distance faible (6 à 7 centimètres). Confiez la tige à un aide.

Prenez les mains libres des sujets : placez-les en face des deux index fixés à la tige de telle manière que chacune présente à l'index du partenaire son bord cubital (face palmaire en haut).

D'un mouvement synergique, faites heurter un temps très court le bord cubital de chacune des deux mains par l'index du vis-à-vis.

Chaque sujet croit avoir touché sa propre main.

Nous reviendrons plus tard sur les limites de réussite des expériences, sur les causes perturbatrices des sensations accusées par les sujets, sur les conclusions que nous pouvons tirer de quelques mesures auxquelles nous nous sommes livrés.

La séance est levée à 5 h. 40.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 17 juin 1913.

I. — *Tremblement clinique unilatéral au cours d'une paralysie générale. Présentation de coupes histologiques.* — MM. Marchand et Petit apportent les pièces d'une femme, âgée de cinquante-six ans, ayant présenté des symptômes de tabes et un tremblement généralisé non intentionnel avec prédominance du côté droit. Les troubles moteurs et psychiques de la paralysie générale surviennent ensuite. L'hémitremblement droit augmente d'intensité au point que le membre inférieur droit est continuellement animé de secousses rythmiques qui persistent jusqu'à la mort. A l'autopsie, outre les lésions classiques de la paralysie générale, on note l'atrophie des cellules motrices des cornes antérieures, la sclérose des cordons postérieurs et une sclérose moins accusée des cordons latéraux avec prédominance toutefois du côté droit de la moelle.

II. — *Ramollissement du cervelet, du pédoncule cérébelleux supérieur, du pédoncule cérébral, de l'hippocampe, à droite, par phlébite tuberculeuse de la veine basilaire cérébrale droite. Présentation de pièces.* — M. Beaussart présente les pièces porteuses des lésions énumérées dans le titre et trouvées à l'autopsie d'une femme de cinquante-cinq ans qui, après une hémoptysie, fut atteinte d'une hémiplegie progressive gauche avec participation de la face; subcoma et mort en quatre jours. Thrombose de la veine basilaire droite avec énorme méningite inflammatoire environnante; présence de bacilles de Koch. Ramollissement mélangé d'hémorragie dans les territoires nerveux adjacents.

III. — 1° *Hémorragies protubérantielles*; 2° *Calcification des*

noyaux gris centraux. Présentation de pièces. — 1° M. *Beaussart* montre les lésions qu'il a trouvées à l'autopsie d'une femme morte subitement pendant le sommeil. Multiplicité des foyers hémorragiques sur toute la hauteur de la protubérance. Hémorragie cérébrale gauche avec inondation ventriculaire. Foyers pulmonaires apoplectiques. Athérome.

2° M. *Beaussart* a trouvé à l'autopsie d'une jeune femme tuberculeuse des calcifications partielles du noyau lenticulaire et de la partie intermédiaire de la capsule interne à droite; des calcifications centrales du noyau lenticulaire droit. Méningite tuberculeuse.

IV. — 1° *Méningite scléro-gommeuse et ramollissement sous cortical chez un dément hémiplégique*; 2° *Hémiplegie terminale chez un paralytique général, ramollissement du noyau lenticulaire*; 3° *Gommes du foie et tubercules des capsules surrénales chez une tabétique. Présentation de pièces.* — MM. *Vigouroux* et *Hérisson Laparre* montrent: 1° le cerveau d'un dément hémiplégique alcoolique présentant une méningo-encéphalite scléro-gommeuse et un ramollissement; 2° un ramollissement du corps strié chez un paralytique général ayant présenté une hémiplegie terminale; 3° des tubercules des capsules surrénales et des gommes du foie trouvées à l'autopsie d'une tabétique paralytique ayant présenté une période de dépression à son entrée à l'asile.

V. — *Tumeur de la région hypophysaire. Présentation de pièces et de préparations histologiques.* — MM. *Trénel* et *Capgras* apportent les pièces et les préparations d'une vieille délirante qui n'avait présenté aucun symptôme hypophysaire et qui mourut d'asystolie par myocardite ancienne. La tumeur, de la grosseur d'un marron, trouvée à l'autopsie comme dans nombre de cas analogues, s'était creusé une loge dans la base du cerveau. C'est un épithéliome à petites cellules ayant commencé à proliférer hors de sa capsule fibreuse. En plusieurs points, il y avait apparence de dispositions périthéliales. L'origine précise de la tumeur reste douteuse.

VI. — *Symphyse méningée des hémisphères dans la paralysie générale. Présentation de pièces.* — M. *Trénel* montre les pièces provenant d'un cas banal de paralysie générale où cette symphyse, très fréquente d'ailleurs, est particulièrement marquée et où l'épaississement des méninges a pris un développement extrême avec abondance particulière de tissu fibreux.

VII. — *Syndrome occipital avec dyspraxie complète sura-*

joutée. Présentation de photographie anatomique. — MM. Dide et Pizet (asile de Toulouse) apportent une contribution à l'étude du syndrome occipital caractérisé, dit M. Dide, par l'amnésie continue, la perte de la notion du temps et de l'espace, la fabrication de compensation, la cécité verbale et littérale, l'hémi-anopsie latérale homonyme droite ou bilatérale. Dans le cas actuel suivi d'autopsie, le syndrome occipital, dû à un ramollissement occipital siégeant à la face interne des deux hémisphères, s'est trouvé associé à une lésion médiane et limitée du corps calleux qui s'est manifestée pendant la vie par une dyspraxie motrice générale.

VIII. — *Hémoptysies congestives sans lésions pulmonaires dans un cas de folie à double forme. Présentation de graphiques.* — MM. Alix et Dunan, de l'asile de Fains, signalent le cas d'un malade atteint de folie à double forme chez lequel la crise d'excitation est précédée d'hémoptysies qui se produisent deux ou trois jours avant la crise, sans qu'on puisse relever de lésion pulmonaire.

BIBLIOGRAPHIE

Les Idéalistes passionnés; par le D^r Dide. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1913.

L'ouvrage du D^r Dide n'est pas exclusivement consacré à l'exposé d'une question psychiatrique. Nourri de considérations psychologiques et sociologiques, illustré d'exemples caractéristiques, heureusement choisis, il n'intéresse pas seulement l'aliéniste, mais aussi le philosophe et l'historien. L'analyse que j'en donne laisse dans l'ombre nombre de chapitres qui mériteraient une exposition détaillée.

Reprenant la conception récente du délire d'interprétation et du délire de revendication, qu'il accepte dans ses grandes lignes, le savant médecin de Toulouse admet que le délire d'interprétation est une psychose intellectuelle due à une déviation du sens critique, tandis que le délire de revendication a pour substratum essentiel un trouble affectif; on peut trouver dans ce dernier des erreurs de jugement, mais il s'agit alors d'interprétations passionnées différentes des interprétations délirantes. « L'interpréteur passionné a brusquement la révélation de la voie qu'il doit suivre; c'est une psychose d'intuition, d'inspiration et aussi d'imagination, basée sur l'euphorie de la certitude. L'interpréteur délirant, au contraire, procède par étapes successives; son délire s'étend graduellement et n'arrive qu'après de longues années à sa formule intégrale. C'est une psychose d'incertitude, d'interrogation, de perplexité pessimiste. » (Il y aurait quelques réserves à faire sur la valeur de ces caractères différentiels.)

Elargissant le domaine du délire de revendication, M. Dide montre que les revendicateurs s'apparentent à d'autres anormaux qu'il réunit sous le nom d'idéalistes passionnés.

Le caractère essentiel de l'idéalisme passionné, c'est la prédominance quasi exclusive d'une inclination fixe; chez ces esprits exaltés se constitue une systématisation affective nettement

distincte de la systématisation intellectuelle de l'interpréteur. Tandis que le délire de ce dernier reste dominé par une idée prévalente, l'idéaliste, lui, ne formule aucune conception délirante, il obéit seulement à une tendance passionnée qui fausse son jugement et dirige ses actes.

Les principales modalités d'inclinations fixes se ramènent à trois grandes catégories : l'amour, la bonté, la justice, et se manifestent dans différents domaines : amour profane ou amour mystique, réformes religieuses, réformes sociales, idéalisme de la nature, idéalisme esthétique, etc... Mais, quel que soit l'idéal plus ou moins chimérique que poursuivent obstinément et passionnément ces individus, les caractères fondamentaux de leurs anomalies restent identiques.

« Généralement tarés héréditairement, fils de mystiques ou d'aliénés, ces anormaux entrent dans la psychopathie au sortir de la puberté ; ils sont habituellement mystiques et frigides ; en tout cas, les anomalies de la sphère génitale sont très fréquentes. Leur tendance idéaliste, révélée de très bonne heure, ne se manifeste qu'après une période de rumination intellectuelle. Ils évoluent durant toute leur vie, sans extension appréciable de leurs phénomènes morbides, et, si la traduction en est variable, elle correspond à une identité de tendance. On ne note jamais ni hallucinations, ni affaiblissement intellectuel, et, si l'exagération de la personnalité est essentielle, jamais elle n'arrive aux idées mégalomaniaques ; si des interprétations délirantes sont notées, elles sont épisodiques et contingentes. Les réactions sont variables suivant la modalité ; elles sont souvent cruelles et résultent de la poursuite outrancière de la vérité supposée : les amoureux mystiques veulent voir à tout prix réaliser leur rêve ; les idéalistes de la bonté aboutissent souvent à l'anarchie ; les idéalistes de la beauté arrivent au sadisme ; les idéalistes de la justice, s'ils sont altruistes, fournissent les réformateurs politiques, les régicides, et constituent, au moment des grands mouvements populaires, de véritables calamités sociales ; s'ils sont égoïstes, ils produisent les revendicateurs (1). »

De ces idéalistes passionnés, les exemples abondent dans l'histoire. M. Dide en cite un grand nombre et consacre des pages intéressantes à l'analyse de leur mentalité : utopistes du

(1) Maurice Dide et Juliette Lévêque. Psychose à base d'interprétation passionnée. Un idéaliste passionné de la justice et de la bonté. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, janvier-février 1913.

communisme, depuis ce Jean de Leyde qui, successivement, tailleur d'habits, garçon d'auberge, comédien, et enfin prophète, fonda, au xvi^e siècle, la première société communiste, et qui, à la veille d'être écartelé, se proclamait encore roi de Sion, jusqu'au père Enfantin, ce messie saint-simonien dont les divagations amusèrent les contemporains de Louis-Philippe; idéalistes de la nature, Jean-Jacques Rousseau et Tolstoï; idéaliste esthétique, Gabriele d'Annunzio, etc.

Le rapprochement de personnalités en apparence si diverses, touchant les unes à la folie, les autres au génie, semble, au premier abord, paradoxal, et, en effet, le déséquilibre de leurs facultés est extrêmement variable; mais, si le terrain diffère, les caractères psychologiques de l'idéalisme restent très voisins. La mentalité de certains grands justiciers ne diffère guère, par exemple, de celle d'anarchistes régicides. M. Dide le démontre dans le chapitre de son livre où il étudie l'idéalisme de la beauté et de la justice aboutissant à la cruauté.

Cet idéalisme se présente sous deux aspects : il a tantôt un caractère altruiste, tantôt un caractère égocentrique, division analogue à celle que nous avons indiquée pour le délire de revendication. L'idéalisme altruiste comprend lui-même deux variétés, suivant qu'il s'accompagne de tendances synthétiques ou de tendances individualistes.

Trois personnalités sont éminemment représentatives du premier groupe (idéalisme altruiste à tendance synthétique) : Torquemada, Calvin et Robespierre. Tous trois eurent une jeunesse régulière et firent preuve, dès leur adolescence, d'un caractère sérieux et réfléchi. Epris de vertu et de chasteté, leurs tendances mystiques même, si capitales pourtant, restent sans élan et se bornent à des méditations intellectuelles. Le jugement affectif, l'intuition sont les seuls guides de ces meneurs d'hommes. « Je n'ai pas besoin de réfléchir, c'est toujours à mes premières inspirations que je m'en rapporte », dit Robespierre dans un de ses discours. A mesure que leur idéalisme grandit et se systématise, leur personnalité prend un développement parallèle : à leurs propres yeux, ils symbolisent la justice, ils se croient prédestinés. Robespierre tolérait qu'une sorte de culte fût célébré en son honneur. Cette hypertrophie du sentiment de la supériorité contraste avec l'absence de toute ambition personnelle; s'ils recherchent l'autorité, c'est pour faire régner l'idéal. Robespierre méritait son nom d'Incorruptible. Torquemada sacrifia, pour entrer dans les ordres, une fortune

importante et, arrivé au faite des honneurs, distribuait en aumônes les présents qu'il recevait. Ces êtres tristes et durs sont sans émotion devant la souffrance; toute leur affectivité est absorbée par le culte d'une abstraction.

Chez les idéalistes à tendances individualistes se retrouve la presque totalité des caractères étudiés chez les grands justiciers : exaltation mystique, enfance studieuse et austère, chasteté et amour idéaliste, systématisation affective, exagération de la personnalité sans conceptions mégalomaniaques. Généralement leur niveau intellectuel est plus faible que celui des idéalistes synthétiques; l'élément affectif y joue, dès l'abord, un rôle exclusif. L'idée prévalente surgit, impérieuse, sans intervention notable d'éléments intellectuels qui jouent au contraire un rôle appréciable dans la longue période de méditation durant laquelle les grands sectaires du groupe précédent construisent leurs théories. Anarchistes, régicides, magnicides, fanatiques de toute catégorie, tyranniquement acharnés à assurer le triomphe de leur idéal, sans reculer devant le meurtre, sans hésiter devant les hécatombes, tous — ou presque tous — quelle que soit l'étroitesse ou la grandeur de leur doctrine, présentent des anomalies identiques dans leurs manifestations et dans leur évolution.

Ces fanatiques altruistes ressemblent aussi singulièrement aux idéalistes égocentriques ou revendicateurs proprement dits, connus encore sous le nom de persécutés-persécuteurs, appellation légitime dans nombre de cas, mais pourtant ambiguë, car elle ne saurait s'appliquer aux revendicateurs altruistes qui, maintes fois, ne sont ni persécuteurs ni persécutés, toute leur activité s'employant à défendre ou à propager des utopies. Les revendicateurs égocentriques sont généralement des processifs poursuivant sans relâche la réparation d'un déni de justice ou d'une injure personnelle, et dont l'exaltation et les réactions sont disproportionnées à leur mobile.

A côté de ces malades, bien connus, le D^r Dide étudie des sujets qu'il considère — peut-être à tort — comme établissant des formes de passage entre le délire d'interprétation et les idéalistes : ce sont les revendicateurs pseudo-altruistes, dont, suivant l'auteur, Marat est un exemple type. Plus dégénérés, possédant des tares multiples, présentant souvent, à l'état d'ébauche, des psychoses associées, leur systématisation affective un peu vague donne libre cours à leur instabilité naturelle : l'objet de leurs revendications varie au gré des événements;

leur exaltation prend l'allure de l'excitation maniaque, l'exagération de la personnalité confine à la mégalomanie.

Telle est, imparfaitement résumée, l'œuvre du D^r Dide : analyse pénétrante du fanatisme et de l'aveuglement passionnel, elle réunit, en une synthèse légitime, des personnalités, diverses en apparence, et apporte en même temps une contribution importante à l'étude de la dégénérescence mentale et des délires systématisés.

J. CAPGRAS.

Etude juridique et psychologique d'une cause criminelle célèbre. Affaire Lafarge. Une réhabilitation qui s'impose; par Jean Baudéant, docteur en droit, avocat, et le D^r Armand Pasturel, médecin des asiles. 1 vol. in-16, Paris, A. Maloine, éditeur, 1913.

Depuis que M. Louis Martin, d'abord député, aujourd'hui sénateur du Var, a commencé sa campagne pour la réhabilitation de M^{me} Lafarge, les périodiques ont publié de nombreux articles et conférences concluant en faveur de la condamnée du procès de Tulle en 1840. Chez tous ces auteurs on peut constater des erreurs considérables, des affirmations inexactes. Ainsi M^e Henri Robert, dans une conférence répétée après un intervalle de quatre mois et imprimée ensuite (1), prétend que si l'affaire fit, à l'époque, un bruit énorme, c'est que les journaux étaient muselés et bridés, qu'un avertissement pouvait les supprimer du jour au lendemain, et que par conséquent les affaires criminelles trouvaient, dans les colonnes vides des journaux, une place plus considérable encore qu'aujourd'hui. Or, sous Louis-Philippe, la presse relevait du pouvoir judiciaire; c'est le Prince-Président qui établit en 1852 le régime des avertissements. Parlant de la demande en grâce adressée au chef de l'Etat en 1852 par M^{me} Lafarge, M^e Henri Robert s'écrie : « En 1852, quand la République disparut, ou du moins était sur le point de disparaître, quand le prince Louis-Napoléon fut nommé président de la République. » Or, chaque élève d'école primaire sait que Louis-Napoléon Bonaparte fut élu Président de la République le 10 décembre 1848. Si nous signalons ces deux

(1) *Journal de l'Université des Annales*, numéros du 15 mars 1911, p. 374 et 378.

erreurs, bien qu'étrangères au sujet, c'est qu'elles sont réellement stupéfiantes dans la bouche d'un avocat célèbre.

Les écrivains, partisans de M^{me} Lafarge, se trompent généralement à cause de l'insuffisance de leur documentation. Ils ont recours aux journaux du temps. Or, rien n'est plus pénible que de procéder à une lecture dans ces conditions; il faut se livrer à une vraie gymnastique pour mettre l'énorme in-folio où est reliée une année au point visuel.

Ils paraissent ignorer un volume in-8° de 464 pages, *le Procès de M^{me} Lafarge. Empoisonnement*, et un autre in-8° de 172 pages, *Vol de diamants*, les deux édités par Pagnerre en 1840, qui donnent le compte rendu sténographique des deux procès. C'est là qu'on peut étudier à son aise la question.

Après les articles des périodiques, voici un petit livre de 128 pages qui paraît en librairie, dû à un avocat et à un médecin. Les deux auteurs ne gardent pas leur drapeau en poche; ils mettent carrément en sous-titre : « *Une réhabilitation qui s'impose* ». Ils ne connaissent pas, non plus, les deux volumes de Pagnerre, car ils citent la *Gazette des tribunaux* de 1840. C'est une étude juridique et psychologique qu'ils ont entreprise. Ils prétendent, au point de vue juridique, montrer la fragilité des charges; au point de vue psychologique, établir que les passions d'une famille cupide, d'un milieu brutal, de magistrats et jurés prévenus, l'amour-propre de savants amenèrent la condamnation de M^{me} Lafarge. Nous sommes, quant à nous, d'un avis absolument contraire; nous avons déjà soutenu la thèse de la culpabilité dans la *Chronique médicale*, 15 janvier 1910, et dans la *Revue des Français*, 25 février 1913. Nous renvoyons le lecteur à nos études antérieures, parce que les bornes qui nous sont assignées ne nous permettent pas de nous étendre sur l'ensemble des faits.

Disons seulement que le rapport d'Orfila nous paraît inattaquable, que jusque dans ces derniers temps, en dehors de Raspail, ennemi personnel du professeur de la Faculté de Paris, aucun chimiste et aucun médecin n'avaient mis ses conclusions en doute, que les méthodes les plus perfectionnées, instituées par le professeur Armand Gautier, n'ont pas permis de trouver de l'arsenic normal dans le foie, l'intestin, l'estomac, que par conséquent l'arsenic décelé dans le corps de Lafarge ne pouvait provenir que d'une origine criminelle.

Psychologiquement, le crime s'explique aisément. Marie Cappelle était une princesse de la main gauche, elle était la

petite-nièce de Louis-Philippe. Sa grand'mère, fille de M^{me} de Genlis et du duc d'Orléans, Philippe-Egalité, épousa Jacques Collard, fournisseur des armées, député sous l'Empire. Le ménage Collard eut un fils et trois filles. L'aînée des demoiselles Collard épousa un officier d'artillerie, Cappelle, qui mourut colonel à Strasbourg vers 1830; la seconde, un diplomate allemand, M. de Martens, qui fut ambassadeur de Prusse à Constantinople; la troisième, le baron Garat, secrétaire général de la Banque de France. A la mort de son grand-père, Marie Cappelle fut recueillie par sa tante, M^{me} Garat, à la Banque de France. Jolie, gracieuse, instruite, mais ne possédant que 80 à 100.000 francs de fortune, avoir jugé insuffisant par les valseurs de la rue de la Vrillière, elle ne trouva pas un époux dans son milieu social. Ses tantes la marièrent par l'intermédiaire de l'agence de Foy. L'ambassadeur prussien opéra cet extraordinaire maquignonnage; il conduisit sa nièce au concert Musard, rue Vivienne, à une première entrevue avec un usinier limousin, réputé riche, en réalité criblé de dettes, Lafarge. Le mariage fut célébré le 12 août 1839 à Notre-Dame-des-Victoires. Les jeunes époux arrivèrent le 15 au Glandier, l'usine de Lafarge. Marie s'attendait à un château; elle vit quelques toits enfumés et une vieille Chartreuse délabrée. Pendant le voyage, elle avait reconnu dans son mari un goujat; au Glandier, elle le prit pour un chevalier d'industrie qui avait abusé de sa confiance. Elle s'enferma et écrivit une lettre délirante à Lafarge où elle imaginait un amant pour se faire chasser. Une scène épouvantable se produisit. Les journées suivantes s'écoulèrent plus paisiblement. Puis, ne pouvant s'enfuir, perdue dans un pays sauvage, à 500 kilomètres de sa famille, elle se résigna, mais certainement avec l'espoir de la libération. Elle s'abandonna assez rapidement à son mari. Elle remplit son devoir, comme elle le dit dans ses Mémoires. Le sacrifice fut consommé le 20. L'intimité ne dut qu'augmenter l'aversion que lui inspirait Lafarge. Mais elle sut faire bon visage contre mauvaise fortune. L'astuce est-elle donc si rare chez la femme qu'il faille s'étonner d'une dissimulation de plusieurs mois ?

Vers la mi-novembre, Lafarge se rendit à Paris pour des affaires de brevet; il partit seul. Marie préférait vivre isolément avec sa belle-mère dans une baraque limousine que cohabiter avec son mari. Une correspondance des plus tendres s'échangea entre les époux. Marie joua la comédie de l'amour. Quand elle

sut que le brevet allait être délivré, elle espéra en tirer une belle fortune. Elle essaya d'empoisonner son mari abhorré au moyen d'une galette qu'elle lui envoya à Paris. Au retour de Lafarge, elle le gava d'arsenic, si bien qu'arrivé le 3 janvier, il expira le 14 au milieu d'atroces souffrances.

La famille et le D^r Lespinas avaient soupçonné un empoisonnement. M^{me} Lafarge fut arrêtée; après une longue instruction, elle comparut le 3 septembre devant la Cour d'assises à Tulle, et fut condamnée le 19 septembre aux travaux forcés à perpétuité.

Elle n'eut qu'un système de défense, la dénégation. Elle appliquait par anticipation la maxime d'Avinain qui dit plus tard : « N'avouez jamais ! » Nous renvoyons le lecteur pour l'exposé de ses mensonges à notre article de la *Chronique médicale* : « M^{me} Lafarge et la mythomanie ».

Accusée, elle avait menti dans l'espoir d'arracher un acquittement au jury; condamnée, elle mentit pour obtenir sa grâce. Elle avait reçu une éducation fort distinguée, elle écrivait délicieusement; à ce point de vue, elle était bien, comme l'affirment M. Beaudéant et le D^r Pasturel, *l'exquise Marie*. Elle ensorcelait les hommes par ses cajoleries. Elle subjuga les gendarmes qui la conduisirent de Brives à Tulle, le geôlier de la prison, jusqu'au greffier de la Cour d'assises. Dès le lendemain de sa condamnation, elle enjôla Raspail. Dans une lettre (*Gazette des hôpitaux*, 26 septembre), il disait : « Elle est d'une force supérieure sur le piano; douée d'un beau timbre de voix, elle chante avec une rare méthode; elle connaît plus d'une science, explique et traduit Goethe à livre ouvert, possède plusieurs langues, improvise les vers italiens avec autant de grâce que les vers français. » Elle sut capter Lachaud, son avocat dans le procès des diamants, en lui écrivant : « *Je vous aime* »; un inspecteur général des prisons auquel elle écrivit aussi : « *Je vous aime* »; un chanoine de Limoges, auquel elle adressa de longues lettres, récemment publiées par le *Mercur de France*, merveilleuses de style, qu'elle appela « *mon frère* » au nom de son âme-sœur, tous les hommes avec qui elle se trouvait en contact. Elle écrivit à tous ceux qu'elle croyait à même d'agir pour obtenir sa grâce. Mais le Roi ne pouvait libérer une femme condamnée en 1840 sans être accusé de népotisme. En mars 1848, elle adula Barbès, termina sa lettre en l'embrassant sur les deux joues de la Liberté, pour qu'il intervînt auprès du Gouvernement provisoire. Puis elle s'adressa à Louis-Napoléon.

Sur la demande de Lachaud, le Prince-Président la gracia en juin 1852. Elle était mourante, s'éteignit le 7 septembre à Ussat-les-Bains. Morte, elle a continué son pouvoir enchanteur; elle a exercé une séduction posthume sur M. Louis Martin, et nos deux auteurs, MM. Baudéant et Pasturel, ont fait le pèlerinage du cimetière. « *Au pied de cette tombe, disent-ils en terminant leur opuscule, nous avons longuement médité sur la fragilité de l'âme humaine et de ses jugements. Nous nous sommes rappelés la prière formulée par Marie Cappelle en tête de ses mémoires et nous nous sommes promis d'apporter nos modestes efforts à l'œuvre de la réparation.* »

Tout ce que nous accorderons aux deux auteurs, c'est qu'ils peignent fidèlement M^{me} Lafarge mère et Denis Barbier, personnages assurément peu intéressants. Quant à leurs attaques contre l'avocat général et le jury, elles portent à faux. L'avocat général a parfaitement rempli son devoir de représentant de la vindicte publique. Le jury, que M. Beaudéant et le D^r Pasturel prétendent animé des passions du terroir, dépourvu de la finesse des gens cultivés et instruits, n'était nullement inintelligent; il a jugé avec sagesse; il a proclamé l'empoisonnement, qui pour nous est indéniable, et admis des circonstances atténuantes pour la femme que Lafarge avait si odieusement dupée.

Le jugement le plus favorable qui puisse être porté sur Marie Cappelle est celui que nous lisons dans une lettre de Henri Heine du 1^{er} octobre 1840 : « *Il se trouve des personnes qui pensent qu'il y a eu en effet empoisonnement, mais qui regardent ce crime comme une espèce de défense légitime et le justifient en quelque sorte.* »

PAUL MULLER.

Grundriss der psychiatrischen Diagnostik (Éléments de diagnostic psychiatrique); par le D^r Raecke. 3^e édition, 1 vol. in-12 de 188 pages, avec 14 figures dans le texte. Berlin, Auguste Hirschwald, 1912.

L'étudiant qui veut s'initier à la médecine mentale rencontre souvent de grandes difficultés parce que les méthodes d'examen psychiatrique diffèrent de celles qu'il a appris jusque-là au lit du malade. Comme l'écrit M. Simmerling dans la préface, le livre de M. Raecke est destiné à lui servir de guide, et à l'aider à s'orienter au milieu des nombreuses formes mentales qui s'offrent à lui.

La première partie, qui comprend plus de la moitié du volume (122 pages), est consacrée à des notions générales très condensées de sémiologie nerveuse et mentale. Quelle doit être l'attitude du médecin vis-à-vis d'un malade mental? Quelle est la marche à suivre pour arriver au diagnostic? Quelle est la meilleure manière de recueillir les antécédents héréditaires et personnels, de rechercher les causes de la maladie, et de noter ses débuts? Autant de questions sur lesquelles l'auteur donne des conseils judicieux. Il traite ensuite de l'examen direct du malade.

Pour bien marquer l'importance de l'examen somatique, il expose ce dernier avant l'examen psychique : « Dans l'examen d'un malade mental, il ne faut jamais négliger de pratiquer un examen physique détaillé. Le psychiatre doit posséder les méthodes neurologiques s'il ne veut pas s'exposer aux erreurs les plus grossières. » Pour que rien ne soit omis, les recherches porteront méthodiquement sur les points suivants : aspect général, crâne, yeux, nerfs craniens, parole, membres supérieurs, membres inférieurs, thorax, sensibilité, organes internes, liquide cérébro-spinal, exploration électrique, enfin accès convulsifs possibles.

L'examen psychique se fera de préférence sous la forme d'un simple entretien, et pour ne pas éveiller la méfiance, le médecin se laissera guider par le malade plutôt que de ramener la conversation aux limites d'un schéma. Toutefois, pour un débutant, il serait bon de faire porter les questions successivement sur les points suivants : troubles de l'humeur, troubles moteurs (sphère de la volonté), conscience (compréhension et orientation), idéation, facultés intellectuelles.

Dans la deuxième partie, l'auteur expose un résumé des types nosologiques. On y trouve un mémorandum concernant l'étiologie, le début, l'évolution, les formes cliniques et le diagnostic différentiel de chaque affection mentale. Quelques considérations sur la médecine légale et les hypnotiques terminent l'ouvrage.

Les trois éditions qui se sont rapidement succédées témoignent que M. Raecke a pleinement réussi dans le but qu'il s'était proposé. Son livre mérite d'être lu avec fruit non seulement par les débutants, ainsi qu'il le propose modestement, mais encore par les aliénistes désireux de se perfectionner dans l'art difficile du diagnostic.

Les débuts de l'assistance aux enfants anormaux; par le D^r Wahl, médecin en chef des asiles. Broch. in-8°, de la *Bibliothèque historique de la « France médicale »*. Paris, Honoré Champion, 1913.

Sous ce titre, M. le D^r Wahl a publié dans la *France médicale* un article très intéressant qui, après bien d'autres auteurs, parmi lesquels je citerai d'abord le sénateur Strauss et le D^r Jacquin, en 1903, résume l'historique de la question de l'assistance des enfants anormaux. Cet article a pour but de montrer que la France, ayant été l'initiatrice de l'éducation de ces enfants avec Itard, Esquirol, Belhomme, Ferrus, Félix Voisin, Séguin, etc., s'est, par négligence, laissé dépasser par les peuples voisins.

Sous l'inspiration d'Itard et d'Esquirol, Séguin avait publié plusieurs opuscules sur la pédagogie des idiots et fit paraître en 1846, un ouvrage : *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés*, qui appela l'attention par les conseils pratiques qu'il contenait et qui devint classique à l'étranger. Néanmoins, il faut reconnaître que la théorie des applications conseillées est d'une faiblesse désespérante.

Ce n'est véritablement qu'à Bourneville, placé en 1879, à la tête du service d'enfants idiots de Bicêtre, au zèle infatigable de ce médecin qui a su mettre à profit l'influence que lui avaient fait obtenir ses situations politiques, qu'ont été transformés les vieux locaux de l'hospice, pour appliquer le traitement médico-pédagogique issu des idées de Séguin. Il en est résulté un service modèle auquel ont emprunté les philanthropes étrangers. Les écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière ont alors acquis une importance considérable et méritée. On est venu de loin s'y instruire.

La Suisse, l'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, l'Italie, etc., mais surtout l'Allemagne, ont profité de ce qui a été constaté dans notre pays; et, certainement aujourd'hui, cette dernière a devancé de beaucoup les autres nations dans l'organisation des écoles d'enfants arriérés.

Le petit mémoire de notre distingué collègue nous fait espérer des développements ultérieurs sur la question de l'éducation des enfants anormaux, et nous le désirons vivement. En ce moment, il ne nous a offert qu'un fascicule préliminaire qu'on doit considérer comme une introduction, comme une pierre

d'attente pour constituer un édifice, dont on n'a pas à dissimuler l'intérêt d'actualité, l'opportunité au point de vue de la psychiatrie et de l'assistance publique.

ARMAND LAURENT.

Los niños anormales en medicina social (Les enfants anormaux en médecine sociale); par le D^r Melcior y Farré. Brochure in-8° de 24 pages, Barcelone, 1911 (Extrait de la *Gaceta medica catalana*).

L'auteur développe dans cette conférence à l'Institut médico-social de Catalogne quelques idées primordiales sur l'enfance anormale et son éducation. L'enfant anormal est un enfant différent des autres, par déficit ou excès de fonctions affectant les sens, l'intelligence, les sentiments et la volonté. Ces lacunes et exagérations de fonctions psychiques, très diverses, font distinguer de nombreuses variétés d'anormaux. Considérés à tort comme un déchet social, les anormaux sont aptes à recevoir une culture appropriée leur créant une place dans la société : leur dégénération est imputable au milieu social qui peut et doit y remédier. Il faut pour cela soumettre l'enfant anormal à une éducation médico-pédagogique aussi individualisée que possible, dans des écoles spéciales. L'auteur demande la création d'un Institut orthophrénique différent de la maison de correction, de la prison, de l'asile et qui soit à la fois école, maison de famille et atelier : c'est une erreur de vouer tous les anormaux à l'agriculture; l'Institut doit adapter ses élèves à la société où ils sont appelés à vivre. L'auteur a confiance dans les résultats à attendre et fait appel à l'initiative privée.

L. ARSIMOLES.

The argument for the large State insane hospital (Les arguments en faveur d'un grand hôpital d'Etat pour les aliénés); par le D^r Walter Channing. Broch. in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, août 1912.

L'auteur discute les avantages et les inconvénients réciproques présentés par les asiles à population restreinte ou nombreuse. Il montre que l'histoire du développement de l'asile d'aliénés du Massachusetts prouve que des hôpitaux, construits

pour un petit nombre de malades, augmentent progressivement leur population jusqu'à devenir de grands asiles. A chaque fois que l'on a décrété qu'un asile était un modèle comme nombre de malades, on a dû lui adjoindre des bâtiments nouveaux. A l'heure actuelle, il est impossible de déterminer quelle doit être la grandeur maximum d'un asile pour obtenir avec le plus d'économie le meilleur rendement. Avec une population de 2.000 malades, pourvu qu'on ait des bâtiments et un fonctionnement appropriés, on obtient d'aussi bons résultats que dans de petits hôpitaux. Les *hôpitaux psychiatriques* apporteront une aide efficace aux asiles, en permettant une observation sérieuse des malades, et le traitement des aliénés au début de leur affection.

LUCIEN LIBERT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

HÉLIODORE SWIECICKI. L'esthétique dans la médecine. Conférence lue au XI^e Congrès des médecins et naturalistes polonais (Cracovie, 1912). Traduit du polonais et précédé d'une introduction de D. V. Bugiel. 52 pages, in-4^o, Paris, Agence polonaise de presse, 1912.

A. MAEDER. Sur le mouvement psychanalytique. Un point de vue nouveau en psychologie. 30 pages, in-8^o. Extrait de l'*Année psychologique*. Tome XVIII, 1912.

P.-L. LADAME. Alcool et exhibitionnistes. 7 pages, in-8^o. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, 15 avril 1913.

ANT. RITTI. Traitement de la mélancolie. 30 pages, in-8^o. Extrait du tome IV du *Traité de thérapeutique pratique*, publié sous la direction du professeur Albert Robin. Paris, Vigot frères, 1913.

Nineteenth annual report of the state asylum for the chronic insane of Pennsylvania. For the year ending november 30, 1912. 35 pages, in-8^o, avec planches, 1913.

MAX DE NANSOUTY. Actualités scientifiques. 1912. 1 vol., in-8^o, de 315 pages. Paris, Boivin et C^{ie}, 1913.

Protestant hospital for the insane Verdun, Montreal, Que. Annual report for the year 1912. 105 pages in-8^o, avec planches. Montréal, C. R. Corneil, 1913.

HERMAN et F. D'HOLLANDER. La réaction de Wassermann et l'aliénation mentale. 31 pages in-8^o. Extrait du *Bulletin de*

l'Académie royale de médecine de Belgique, séance du 28 décembre 1912.

BIAUTE. L'enseignement des maladies mentales d'après le décret de 1911 et programme pour l'année 1912-1913. Cours complémentaire de psychiatrie à l'École de médecine de Nantes. 7 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, numéro du 14 décembre 1912.

GEORGES DEMAY. Des psychoses familiales, 175 pages in-8°. Paris, Ollier-Henry, 1913.

MAX LÖWY. Zur Kasuistik seltener « dyshumoraler » (innersekretorischer) Störungen. 37 pages in-8°. Extrait de la *Prager mediz. Wochenschrift*, nos 34-37, 1911.

Proceedings of the American medico-psychological Association at the sixty-eighth annual meeting held in Atlantic City, N.-Y. May 28-31, 1912. Tome XIX des *Transactions of the American medico-psychological Association*, 1 vol. in-8° de 511 pages cart. à l'anglaise, 1912.

Travaux de la Clinique psychiatrique de l'Université impériale de Moscou, sous la direction du D^r Th. Rybakow, professeur de psychiatrie à l'Université de Moscou. 1 vol. in-8° de 304 pages (en langue russe), Moscou, 1913.

R. MOURGUE. Le mouvement psycho-biologique en Allemagne. 15 pages in-8°, Montpellier, Imprimerie générale du Midi, s. d.

GIAN LUCA LUCANGELI. Paralysis post tabem. Attenuarsi dei fenomeni somatici con aggravamento di quelli demenziali. 10 pages in-8°. Extrait du journal *Il Policlinico*, 1913.

J. GIMENO RIERA. Un caso de psiquiatria medico-legal. El crimen de un epiléptico. 15 pages in-8°. Zaragoza, 1913.

R. BENON. Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques. 1 vol. in-8° cart. de 456 pages. Paris, G. Steinheil, 1913.

CESARE LOMBRoso. L'Uomo alienato. Trattato clinico sperimentale delle malattie mentali, riordinato dalla Dottoressa Gina Lombroso, con Prefazione di Leonardo Bianchi. 1 vol. in-8° de 413 pages de la *Biblioteca antropologico-giuridica*. Turin, Fratelli Bocca, 1913.

ROSENFELD. Die Physiologie des Grosshirns. — **ISSELIN.** Psychologische Einleitung, 2^e fascicule de la partie générale du *Handbuch der Psychiatrie* du Prof. G. Aschaffenburg, 198 pages in-8°. Leipzig, Franz Deuticke, 1913.

MAX LÖWY. Ueber meteoritische Unruhebilder und Unruhe im allgemeinen, 106 pages in-8°. Extrait de la *Prager medizinischen Wochenschrift*, 1912, n° 24.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de juin 1913 : M^{lle} LÉVÊQUE, reçue au concours de l'adjuvat de 1913, est nommée médecin adjoint de l'asile privé de Limoux (Aude);

MM. les D^{rs} MIGNOT, médecin en chef de la Maison nationale de santé, et TRUELLE, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, sont promus à la 2^e classe de leur grade (7.000 fr.).

NÉCROLOGIE

Professeur ANTONIO MARRO. — Le 7 juin dernier ont eu lieu, aux frais de la ville de Turin, les funérailles solennelles de M. le professeur Antonio Marro, médecin en chef, directeur du manicomme royal de Turin.

Avec lui disparaît une des figures les plus intéressantes et les plus représentatives de l'École psychiatrique italienne et, nous pouvons le dire aussi, de l'École sociologique. On sait d'ailleurs combien sont étroits, en Italie du moins, les rapports qui lient la médecine mentale et les sciences sociales, les services qu'une telle alliance a rendus et qui ont assuré une place prééminente au corps des médecins d'asile italiens.

M. le professeur Antonio Marro faisait partie, par surcroît, de cette élite de chercheurs qui, aux côtés de Cesare Lombroso, assura aux idées du grand anthropologiste un succès que les résultats pratiques obtenus par l'application de théories trop déniées ne démentiront jamais. Les fonctions de médecin de la prison de Turin, que le professeur Marro occupa de 1882 à 1885, l'avaient admirablement préparé à cela; elles furent aussi comme le préambule précieux de sa carrière future de médecin d'asile. C'est en 1885 qu'il devint médecin de section au manicomme de Turin et c'est en 1890, qu'après un stage très court, il fut nommé, après un concours sur titres, médecin-directeur de cet établissement; jusqu'à sa mort, il conserva ces fonctions.

Depuis plusieurs années déjà, il faisait, à l'Université de Turin, un cours libre de médecine mentale que des démonstra-

tions cliniques dans son service complétaient heureusement ; c'est ainsi qu'il forma plusieurs générations de spécialistes et de psychiatres très instruits, très avertis et très curieux qui donnèrent à l'école de Turin une célébrité méritée. Le professeur Marro était d'ailleurs de ceux qui, les premiers, comprirent combien la clinique mentale peut gagner à s'appuyer sur des recherches précises ; sa ténacité vint à bout des difficultés qu'il éprouva, un moment, dans la création d'un laboratoire d'anatomie et de physiologie pathologiques ; de ce laboratoire sortirent d'importants travaux qui donnèrent au professeur Marro une renommée justifiée. Membre de l'Académie royale de Turin, associé comme honoraire ou comme correspondant aux principales sociétés scientifiques étrangères, quand il se présenta, en 1901, aux suffrages de la Société médico-psychologique, tous eurent l'étonnement d'apprendre qu'il ne lui appartenait pas déjà.

En 1900, au Congrès international de médecine de Paris, M. le professeur Marro fut chargé, dans la section de psychiatrie, de rapporter, avec le professeur Ziehen d'Iéna et avec Jules Voisin, la question des psychoses de la puberté. C'est là un sujet qui lui était particulièrement familier et la tâche qui lui fut confiée n'était que la consécration d'une compétence universellement reconnue. Dans l'œuvre, par ailleurs considérable du professeur Marro, en effet, il est un livre qui remporta dès son apparition, un succès mérité et qui restera comme le travail le plus marquant sur les connexions qui unissent l'évolution corporelle et la psychologie. *La puberté chez l'homme et chez la femme* résume un ensemble considérable de travaux (Le rôle social de la puberté. Influence de l'âge des parents sur les caractères psycho-physiques des enfants. Les rapports de la puberté avec le crime et la folie. L'époque de la puberté dans les us et coutumes des peuples, etc., etc.).

Les caractères des criminels marquent d'une façon plus précise l'intime communauté d'idées qui le rattachait à Lombroso. Enfin, au mois de juillet 1912, son étude sur *les caractères héréditaires* obtint un vif succès au Congrès d'eugénique de Londres.

Toute l'activité du professeur Marro s'est exercée dans le sens pratique qui est, somme toute, le but ultime de nos préoccupations : en fouillant l'étiologie des déviations sociales ou morbides, en cherchant dans le métabolisme la raison première et capitale des altérations fonctionnelles du cerveau, il s'est efforcé de donner à la thérapeutique clinique cette base solide dont elle a tant besoin.

Les *Annali di Freniatria e scienze affini* qu'il dirigea pendant longtemps, portent la marque de la distinction de son

esprit, de la variété et du libéralisme de ses idées, car à côté de la contribution personnelle qui fit le succès de cette revue, il importe de ne pas négliger les travaux de ses élèves et des amis qui connurent là une hospitalité éclairée, et qui comptent.

Le professeur Marro appartenait à cette élite qui assura à la Renaissance italienne, patiente et tenace, un succès qui ne se démentit pas et, à ce titre aussi, sa perte sera vivement ressentie dans le monde latin.

LUCIEN LAGRIFFE.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE, L'OPIMUM.

Les victimes de la cocaïne. — M. Serge Dingine, d'origine russe, âgé de vingt-cinq ans, venu à Paris pour suivre les cours de la Faculté de médecine, s'adonnait à la cocaïne en compagnie de son amie. Hier, pris d'un accès de folie subite, il accusa la jeune femme de vouloir l'empoisonner, s'élança sur elle et chercha à l'étrangler. Des voisins accoururent et réussirent fort heureusement à dégager la malheureuse, qui avait perdu connaissance. Le dément fut conduit au poste, puis envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du samedi 21 juin 1913.)

Les victimes de la morphine. — Morphinomane invétérée, une jeune fille de vingt ans, M^{lle} Lucienne Laurent, employée dans un grand magasin du centre et dont la mère est concierge rue de Tocqueville, se trouvait hier attablée dans un bar de la rue de Douai. Elle y lia rapidement connaissance avec une autre jeune femme, Georgette Desorme, âgée de vingt et un ans, qui s'adonnait également à la morphine. La communauté de leur passion rapprocha les deux femmes. La seconde avait sur elle une solution de morphine. A frais communs, elles achetèrent une seringue chez le pharmacien le plus proche. Puis, elles se rendirent toutes deux au domicile de M^{lle} Desorme, rue des Dames, 18. Tout le jour, elles y demeurèrent soigneusement enfermées. Mais, Lucienne Laurent s'injecta de trop fortes doses du redoutable toxique. A deux heures du matin, elle rendait le dernier soupir au cours d'une crise. Affolée, son amie appela un médecin et courut au bar de la rue de Douai pour s'inquiéter de l'identité de la malheureuse. On ne put la renseigner. Georgette Desorme se rendit alors au poste de police du quartier des Batignolles. Le commissaire vint constater la mort de Lucienne Laurent et envoya son corps au Dépôt. Georgette Desorme a été consignée à la disposition de la justice.

L'abus de la morphine a fait également une victime à Marseille. Le cadavre de M^{me} veuve Fritch, née Schnetz, trente-deux ans, professeur de piano, a été trouvé hier matin, dans la chambre d'un grand hôtel de Marseille. On a remarqué sur son corps la trace de vingt-sept piqûres récentes. (*Le Temps*, numéro du vendredi 4 juillet 1913.)

Perquisitions. — On lit dans *Le Temps* (numéro du 26 juin) : Sur mandat de M. Coularou, juge d'instruction, M. Legrand, sous-chef de la Sûreté, a effectué ce matin une perquisition chez un nommé Mignot, au domicile de qui on a saisi une certaine quantité de cocaïne et d'opium et divers instruments utilisés pour la consommation de ces dangereux produits.

— Le même journal nous apprend, dans son numéro du lundi 14 juillet 1913, que M. Soullière, commissaire de police, chef de la brigade des jeux, s'est transporté hier, rue Gérando, où il a perquisitionné dans la loge d'une concierge qui vendait, au prix de 32 francs les 75 grammes; de l'opium introduit en fraude. Le magistrat a saisi de nombreux récipients, des lettres de clients : le tout a été placé sous scellés. Cette femme avait installé dans une pièce contiguë à sa loge une fumerie où elle recevait, entre autres clients, un ancien officier de marine.

Arrestation d'un vendeur de cocaïne. — Depuis quelque temps, la police surveillait les agissements d'un individu, Léon Géroy, âgé de cinquante ans, qui vendait de la cocaïne.

Des inspecteurs de la brigade mobile l'ont arrêté place Pigalle, comme il vendait de la cocaïne à des jeunes femmes. Fouillé, il fut trouvé porteur de deux pochettes contenant chacune une vingtaine de paquets qu'il vendait 2 fr. 50 le gramme.

Géroy a déclaré qu'il avait ajouté à la cocaïne une quantité assez forte d'acide borique ; il a refusé d'indiquer la provenance du dangereux produit. Une perquisition opérée à son domicile n'a rien fait découvrir. Il a été envoyé au Dépôt. (*Le Petit Journal*, numéro du mercredi 4 juillet 1913.)

Condamnation de vendeurs de cocaïne. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mardi 1^{er} juillet 1913) :

La 10^e Chambre correctionnelle du tribunal de la Seine a condamné hier, à deux mois de prison, par défaut, le chasseur d'un café des Halles, Hippolyte Vallade, qui était inculpé de s'être livré au trafic de la cocaïne. Deux étudiants et une jeune femme, qui avaient été inculpés en même temps que le chasseur, ont été acquittés, le Parquet n'ayant pu établir qu'ils avaient vendu des paquets de ce stupéfiant.

— Le trafic illicite des marchands du dangereux toxique qui vient tout récemment d'être révélé au public et aux milieux médicaux en France, n'est pas spécial à notre pays, comme on

peut en juger par la note suivante publiée dans la *Semana médica* de Buenos-Airés (n° 23, 5 juin 1913) :

« Au mois de janvier furent condamnés à Brooklyn deux individus qui vendaient illégalement de la cocaïne.

« Le premier était un pharmacien, qui avoua avoir vendu 140 onces de cocaïne dans les deux dernières années, et qui fut condamné à 1000 pesos d'amende et à un an de prison. L'autre était un dentiste, qui reconnut avoir essayé de vendre de la cocaïne et fut condamné à un an d'emprisonnement.

« Cette question est d'actualité à la Havane où le Collège médical s'occupe précisément de demander au secrétariat de la Santé et de la Bienfaisance le moyen d'éviter les abus que commettent les pharmaciens dans la vente des médicaments. »

Fumerie d'opium au quartier latin. — Il y a trois mois environ, au lendemain du terme de Pâques, un jeune homme de vingt-huit ans, au visage soigneusement rasé et aux allures efféminées, se présentait à l'hôtel Henri-IV, rue Gay-Lussac, 12, accompagné d'une jeune femme. Ils se firent inscrire sous les noms de William Postel, homme de lettres, originaire de Nantes, et de Marie-Louise Blandin, artiste lyrique, et retinrent un appartement composé de deux pièces. L'hôtelier constata bientôt que son nouveau locataire rentrait et sortait fréquemment au cours de la nuit. Quant à son amie, elle restait couchée tout le jour, ne quittant l'hôtel que de temps à autre, assez tardivement dans la soirée. D'autre part, l'attention des garçons était attirée par une odeur étrange, rappelant celle de la noisette grillée, qui régnait dans l'appartement des nouveaux venus et par des objets qui n'étaient pas familiers, des pipes en bambou brun, petites lampes à huile, aiguilles d'un genre spécial, etc. D'ailleurs, chez les deux locataires, c'était, dans l'après-midi et parfois dans la soirée, un défilé assez prolongé de jeunes hommes et de femmes élégantes. Le commissaire de police du quartier de la Sorbonne, M. Melin, fut averti. Hier matin, le magistrat fit une descente discrète chez M. Postel. Il trouva ce dernier et son amie étendus sur une natte et plongés dans un profond sommeil provoqué par l'opium. Avant d'éveiller les dormeurs, le commissaire perquisitionna dans les deux pièces. Il découvrit ainsi 500 grammes d'opium et une volumineuse correspondance échangée entre les tenanciers de la fumerie et de nombreux amateurs réclamant leur provision de drogue malfaisante. Mais, poursuivant ses recherches, il remarqua dans une valise des objets d'un tout autre genre : une lampe électrique, une pince-monseigneur, des ciseaux à froid et une quantité considérable de sautoirs en doublé. Or, M. Melin se rappela qu'il y a quelques jours, un bijoutier du Faubourg-Montmartre avait porté plainte au

sujet de sautoirs en or qui lui avaient été dérobés par un client, lequel avait laissé des sautoirs en doublé au lieu et place des bijoux volés. Les dormeurs furent alors réveillés. Le jeune homme protesta de son innocence. Sans doute, il se livrait avec son amie aux joies de l'opium ; mais il affirma qu'il n'en faisait point le commerce. Interrogé au sujet des sautoirs, il fit des réponses évasives. Suffisamment édifié, M. Melin inculpa de vol et de dépôt d'opium M. Postel et sa compagne et les envoya au Dépôt.

Les renseignements recueillis sur Marie-Louise Blandin ont établi ce qui suit. Originaire de Paris, la jeune fille partit pour Toulon à la suite de revers de fortune éprouvés par sa famille et fut employée pendant quelque temps dans un bazar. Là, elle lia connaissance avec plusieurs officiers, fumeurs d'opium, qui l'initièrent aux mystères du subtil poison. Conquise par sa nouvelle passion, elle tint elle-même, dans une des rues les plus fréquentées du grand port, une importante fumerie où des enseignes et lieutenants se donnaient rendez-vous sous prétexte de causer littérature et philosophie. Mais la jeune femme ne put payer sa propriétaire et la fumerie dut fermer ses portes. Marie-Louise Blandin émigra à Brest et installa, rue de l'Amiral-Linois, une nouvelle fumerie qui, cette fois, fit fortune. La police survint et ferma ce cénacle que fréquentaient de nombreux coloniaux. Poursuivie, la jeune femme fut condamnée, en mars dernier, à deux mois de prison sans sursis. C'est alors que dépossédée de sa lucrative maison de commerce, elle vint à Paris où, dans un bal voisin de la place Pigalle, elle fit la connaissance de William Postel. (*Le Temps*, numéro du mardi 8 juillet 1913.)

Les fumeries d'opium à Toulon. — On lit dans *Le Temps*, (numéro du jeudi 17 juillet 1913) :

Au cours d'une descente de police effectuée à Toulon chez des tenanciers de fumeries d'opium, un enseigne de vaisseau, qui fut déjà compromis dans une affaire d'opium, à Brest, a été surpris chez une demi-mondaine nommée Anna Bouquet, qui tient une fumerie des plus luxueuses.

Cet officier a été l'objet d'un rapport adressé à l'autorité maritime.

Les inspecteurs de la Sûreté ayant terminé leurs missions d'investigations à Toulon ont fait parvenir hier soir à M. Pujallet, directeur de la Sûreté générale, un long rapport sur le nombre des fumeries ainsi que les noms et la qualité des personnes qui s'adonnent à la funeste drogue.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.

Décret de bey de Tunis contre l'alcoolisme. — Le bey de Tunis vient, dans le but de combattre les ravages produits par l'abus des boissons alcooliques ou fermentées dans le territoire de l'annexe du contrôle civil de Tozeur, de prohiber dans ce territoire l'importation et l'introduction, la fabrication, le transit et la consommation de l'alcool, des spiritueux, boissons et produits alcooliques de toute nature.

L'alcoolisme à Bordeaux. — Au cours de la séance du conseil municipal du 18 juillet, le D^r Arnoz, adjoint au maire, a présenté au conseil un rapport aussi intéressant que documenté, dans lequel il a retracé les progrès de l'alcoolisme en France et en particulier à Bordeaux, où la consommation de l'alcool augmente, dit-il, considérablement chaque année.

« Alors qu'en 1875, ajoute-t-il, il existait dans notre ville un débit pour 300 habitants environ, en 1910, on comptait un débit pour 80 habitants. A l'heure actuelle, on compte d'après les chiffres officiels, plus de 3.000 débits à Bordeaux. »

Comme conclusion, M. Arnoz a proposé au conseil de demander au maire de prendre, en vertu de l'article 9 de la loi du 17 juillet 1880, un arrêté interdisant l'ouverture de nouveaux débits de boissons dans une zone de 300 mètres autour des édifices visés dans cet article.

Les droits acquis seront réservés aussi bien pour les tenanciers que pour les propriétaires dans une mesure aussi large que le permettent le texte de la loi et la jurisprudence de la Cour de cassation.

La proposition du docteur Arnoz, à laquelle le maire a déclaré être heureux de se joindre, a été adoptée à l'unanimité moins une voix.

TRIBUNAUX

Refus d'obéissance d'un officier. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 18 juin 1913) :

En 1901, en pleine brousse, au poste de Tamodi, le commandant Colonna d'Istria infligeait trente jours d'arrêts de forteresse au lieutenant Mantrant.

L'officier subit sa punition, mais dès lors il ne vécut que pour se venger de « l'injustice subie ». Depuis des années en effet il adressa à tous les ministres qui se sont succédé rue Saint-Dominique des plaintes dûment apostillées.

Le lieutenant Mantrant fut mis en non-activité pour raisons de santé. Mais comme il se portait fort bien, on dut le rappeler

au service. Malheureusement, ce fut dans le régiment de M. Colonna d'Istria, devenu lieutenant-colonel, que le lieutenant fut réintégré; cela n'était pas fait pour le calmer.

Pourtant le lieutenant Mantrant reçut bientôt l'ordre de partir pour Madagascar. Mais il n'en voulut rien faire, et c'est pour « refus d'obéissance » qu'il comparait aujourd'hui devant le 2^e conseil de guerre de Paris, présidé par le colonel Boudier.

— « J'ai refusé de repartir, explique le prévenu, parce que mes nombreuses plaintes n'avaient pas encore reçu satisfaction. C'est d'ailleurs, depuis quelques mois, mon septième refus d'obéissance...

« Pourquoi aurais-je été à Toulon, où m'attendait un conseil d'enquête qui, sans publicité, sans garantie, m'eût fait mettre en réforme ?

« Je voulais le conseil de guerre afin d'étaier au grand jour les crimes du colonel d'Istria.

« Par ce que je risque, jugez de la sincérité de ma conviction. Je pose à l'autorité militaire cette simple question : Démontrez-moi que ce que dis est faux ; je m'inclinerai. Mais l'autorité redoute surtout cette puissante logique qui est en moi ! »

Le président du conseil de guerre définit bien le caractère du lieutenant Mantrant en lui disant :

— Vous n'acceptez jamais un ordre que sous bénéfice d'examen. Pourquoi donc avez-vous préféré les armes à la toge ?

M^e Ducos de la Haille, qui assiste le prévenu, engage alors la suite des débats dans le maquis de la procédure...

Ce matin ce fut le défilé des témoins. D'abord les D^{rs} Gilbert Ballet, Vallon et Raymond, qui concluent tous à l'entière responsabilité du lieutenant. D'après eux, s'il a les apparences d'un persécuté, ces apparences ne suffisent pas à le faire considérer comme irresponsable. Son intelligence est en effet très lucide. Cependant il est d'une susceptibilité extrême et a tendance à tout ramener à soi. Mais il est à juger et non à traiter.

Le général Gérard rapporte que le prévenu lui a dit : « Je suis prêt à reprendre mon service, mais seulement après que mes réclamations auront abouti. »

Le général Gautier explique qu'après un premier refus du prévenu de rejoindre son régiment, il a préféré, par bienveillance, lui infliger trente jours d'arrêts, plutôt que de le traduire devant le conseil de guerre.

Le capitaine de gendarmerie Savy, qui fut chargé d'aller chercher le prévenu à son domicile de l'avenue des Ternes, déclare que le lieutenant a refusé de le suivre et qu'il lui a remis une note dans laquelle il spécifiait bien qu'il refusait de se rendre à Toulon et qu'il ne céderait qu'à la force.

A la minorité de faveur, le lieutenant Mantrant a été déclaré non coupable de « refus d'obéissance ». Mais il a été condamné à un an de prison et aux frais envers l'Etat pour « absence illégale ».

Ancien magistrat sur le banc des accusés. — Georges Dobri, fils d'un Roumain et d'une Toulousaine, est docteur ès sciences juridiques, docteur ès sciences économiques et politiques et licencié ès lettres; il a été avocat à Toulouse, secrétaire de la conférence du barreau de cette ville, juge suppléant à Ruffec, commissaire de police à Condom et greffier de la justice de paix de Luchon.

Mais un beau jour Dobri, qui était de santé débile, s'adonna à l'alcoolisme, fit la fête la plus lamentable, et certain soir, pour un motif futile, tua un de ses amis d'un coup de couteau au cœur.

Dobri fut acquitté, mais dès lors ce fut un déclassé; il encourut jusqu'à cinq condamnations, et hier il comparait devant la cour d'assises de la Seine, en compagnie de deux complices, des anarchistes, pour avoir émis de fausses pièces de dix francs.

Après plaidoirie de M^e Marcel Plaisant, Dobri, que les médecins ne considèrent pas comme entièrement responsable, a été condamné à cinq ans de réclusion. (*Le Temps*, numéros du vendredi 20 juin 1913.)

Le testament d'un aliéné en faveur du roi Alphonse XIII, reconnu valable. — On télégraphie de Toulouse au *Temps* (numéro du 1^{er} juillet 1913) :

C'est un procès assurément peu banal que celui où le souverain d'une grande nation étrangère revendique devant un tribunal français l'exécution des dispositions testamentaires d'un monomane décédé dans un asile d'aliénés.

M^e Maurice Bernard, avocat du barreau de Paris, a accepté la tâche délicate d'administrer cette preuve au nom du roi Alphonse et de son intendant. Mme Sacaze a confié la défense de ses intérêts à M^e Pérès, du barreau de Toulouse.

M. Sapène père était un riche imprimeur parisien, originaire de Luchon, décédé en 1883, déshéritant sa fille, M^{me} Sacaze, au profit de son fils Albert, qui, la succession paternelle liquidée, vint s'installer à Moutauban-de-Luchon. Lorsqu'il fut fixé dans le pays, Albert Sapène mena dans ses propriétés une vie assez tumultueuse. On lui connut plusieurs amies, notamment une Italienne avec laquelle il mena un grand train, et qui, plus tard, fut remplacée par une favorite plus jeune, une fille du pays. Cette dernière mourut en 1907 et M. Sapène lui fit des funérailles somptueuses. La morte fut inhumée dans le propre caveau de la famille, et M. Sapène l'y laissera reposer en

paix jusqu'au jour où, croyant s'apercevoir qu'en son vivant sa maîtresse l'avait trahi, il fera exhumer sa dépouille pour la placer dans une tombe des plus modestes. Ceci se passait en 1907. A partir de ce moment, le millionnaire, qui vivait seul, donna des signes non équivoques de dérangement cérébral. Il avait, semble-t-il, la monomanie de la persécution. Il voyait des ennemis partout, et ces ennemis, il les dénonçait dans d'innombrables lettres adressées à la justice et en particulier au maire de Montauban-de-Luchon. Plus de trois mille lettres ont été ainsi envoyées en une année au maire de cette petite commune, qui en reçut un jour vingt-sept dans la même matinée.

Il devint malade à tel point qu'une enquête fut ordonnée, à la suite de ses excentricités, sur son état mental, et que le D^r Olle, médecin-légiste à Saint-Gaudens, conclut à l'internement du millionnaire. M. Sapène fut conduit à l'asile départemental d'aliénés de Braqueville le 12 janvier 1909. Il y mourut le 26 octobre 1911. Après sa mort, M^e Comet-Bouzon, notaire à Saint-Gaudens, déposa le testament qui instituait légataire universel le roi d'Espagne. Ce testament, daté du 13 janvier 1908, était écrit de la main de M. Sapène sur papier libre timbré d'armoiries. Il était ainsi libellé : « Je lègue en toute propriété tous mes biens présents et à venir, ainsi que tous mes titres de noblesse ou dignités nobiliaires à Sa Majesté le roi d'Espagne actuel. »

Le défunt avait une sœur, M^{me} Sacaze, domiciliée à Luchon, mère de plusieurs enfants, qui attaqua aussitôt le testament en nullité, et revendiqua ses titres d'héritière naturelle. M^{me} Sacaze avait été lésée de l'héritage paternel au profit de son frère ; mais dans un esprit d'apaisement, elle s'était abstenue d'intenter une action en justice.

L'audience ouverte sous la présidence de M. Abadie, président du tribunal de Saint-Gaudens, les avocats entrent tout de suite dans le vif du débat. M^e Pérès dépose les conclusions basées sur la faiblesse d'esprit du défunt plus particulièrement affecté de mégalomanie depuis son jeune âge, et dont le testament n'est que l'expression, conclusions qui tendent à la proclamation de la nullité du testament et à l'envoi en possession de la succession de l'héritière naturelle, M^{me} Sacaze.

M^e Maurice Bernard réplique par des conclusions tendant au rejet de la demande de M^{me} Julien Sacaze et à sa condamnation aux dépens.

M^e Pérès développe ensuite ses conclusions sur le fond. Il retrace la vie d'Albert Sapène et ses actes extravagants ; il conclut qu'un tel homme ne pouvait tester et que la nullité de son testament doit être prononcée.

M^e Maurice Bernard, avocat du roi d'Espagne, s'est attaché d'abord à justifier l'attitude du marquis de Borja et de son jeune souverain, le roi Alphonse XIII, monarque au cœur généreux et qui, avec une fortune comme celle d'Albert Sapène, pourrait songer à soulager beaucoup de misères et à réparer beaucoup de désastres. Abordant ensuite le point de fait, M^e Maurice Bernard dit qu'Albert Sapène n'était qu'un monomane.

M. Fourcade, procureur de la République, a conclu que Albert Sapène n'était pas atteint de démence générale, mais de délire de la persécution; que lucide dans la direction de ses affaires, il testa en faveur d'Alphonse XIII en raison de sa foi royaliste; qu'il déshérita sa sœur, M^{me} Lacaze, en raison d'une ancienne brouille de famille, et que, dès lors, la validité du testament doit être prononcée.

Conformément à ces conclusions, le tribunal de Saint-Gaudens a rendu, le 15 juillet, son jugement en faveur du roi d'Espagne. Le jugement déboute donc les héritiers naturels et déclare le testament valable.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Multiple meurtres. — On télégraphie de Brême au *Petit Journal* (numéro du samedi 21 juin 1913) :

Un aspirant professeur, nommé Schmidt, qui est atteint d'aliénation mentale, a tiré, ce matin, sur des jeunes filles, élèves à l'École catholique Sainte-Marie, qui jouaient dans la cour de cet établissement; il en a tué deux et en a blessé une vingtaine, ainsi qu'un professeur.

Trois des enfants et le professeur sont en danger de mort.

On s'est emparé de lui et on a constaté qu'il était armé de six pistolets.

Double meurtre et suicide. — On télégraphie de Lyon au *Temps* (numéro du mardi 24 juin 1913) :

La femme Louise Gillard était domestique au service de M. Firmin Lagrange, propriétaire à Grézieu-la-Varenne. Hier, dans une crise de folie, elle a tué à coups de revolver les deux enfants de son patron, âgés de cinq ans et deux ans, puis elle s'est fait justice.

Étudiant frappé de folie. — Un jeune homme de mise correcte qui, depuis quelque temps, stationnait, hier, sur le trottoir de la rue des Fossés-Saint-Jacques et proférait des propos incohérents, s'approcha tout à coup d'un autobus qui passait et d'un coup de canne brisa l'une des glaces. Puis il sortit un revolver de sa poche et en déchargea un coup en l'air. Des

agents accoururent. Le jeune homme fut conduit au commissariat de police de la rue Dante, où l'on constata que le malheureux était fou. Son identité fut établie. C'est un étudiant en médecine nommé Eugène C..., âgé de vingt-sept ans, demeurant rue Lhomond, 34. Il a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du samedi 5 juillet 1913.)

Triple tentative de suicide. — Une rame allait entrer en gare, hier dans l'après-midi, à la station du Métropolitain « Raspail », lorsqu'une femme paraissant âgée d'une cinquantaine d'années se précipita sur la voie. Fort heureusement, le wattman l'avait aperçue; il bloqua ses freins; le convoi s'arrêta à 2 mètres de la désespérée. Les employés la remirent entre les mains de gardiens de la paix qui l'emmenèrent.

Comme le groupe arrivait rue de Vanves, la femme échappa aux agents, courut au-devant d'un autobus qui arrivait à toute vitesse et s'étendit sur la chaussée. Mais le lourd véhicule s'arrêta cette fois encore à quelques centimètres de son corps. La malheureuse était mise quelques instants plus tard en présence de M. Guichard, commissaire de police, qui lui fit subir un interrogatoire d'identité. C'est une dame Louise Verdier, demeurant rue des Couronnes. Profitant d'un moment d'inattention du magistrat, elle tenta encore de se suicider en se précipitant par la fenêtre, située au premier étage. Les agents purent la retenir par ses jupes.

La pauvre femme a été remise hier soir à son mari, qui la cherchait depuis le matin. Malade depuis plusieurs mois, M^{me} Verdier était en proie à de fréquentes crises de neurasthénie. Et c'est dans cette cruelle affection qu'il faut chercher la cause de son acharnement à mourir. (*Le Temps*, numéro du dimanche 15 juin 1913.)

BRUTALITÉS DE GARDIENS D'ALIÉNÉS

Les brutalités commises par les infirmiers sur les aliénés confiés à leurs soins, si fréquentes autrefois, semblent devenir de plus en plus rares; il faut s'en féliciter. C'est donc à titre d'exceptions que nous relatons les deux faits regrettables suivants :

Le premier s'est passé à l'hospice de la Grave de Toulouse, et nous en empruntons le récit au *Temps* (numéro du dimanche 22 juin 1913).

« Une scène de brutalité s'est déroulée hier après-midi, à la grande indignation de nombreux spectateurs, dans un jardin situé en contre-bas du pont Saint-Pierre, et qui est une dépendance de l'hospice de la Grave. Un pensionnaire du quartier

réserve aux déments, Maurice Raynaud, âgé de vingt-deux ans, ayant échappé à la surveillance de ses gardiens, tenta de s'évader et parvint à gagner les jardins de l'hospice. Ses gardiens l'y poursuivirent, et la course ne laissa pas d'être mouvementée en raison de l'agilité du fugitif, qui bondissait de massif en massif et criblait de pierres ses poursuivants. Les gardiens s'armèrent alors de grosses barres; revenant vers le malheureux dément, ils l'acculèrent contre une grille et le frappèrent si violemment à la tête qu'il ne tarda pas à tomber évanoui. Plus de 200 personnes, massées sur le pont Saint-Pierre qui domine les jardins de l'hospice, assistèrent à cette scène et manifestèrent par des cris et des sifflets leur indignation impuissante. Une enquête a été ordonnée. Les infirmiers de l'hospice ont déclaré pour leur défense que Raynaud, sujet à des crises violentes, était armé d'un couteau dont il tenta à plusieurs reprises de faire usage, et qu'il eût été dangereux pour les autres et pour lui-même de tarder plus longtemps à le maîtriser. »

D'après nos renseignements que nous avons tout lieu de croire exacts, il ne s'agit pas d'un malade de la clinique des maladies mentales de notre savant collaborateur, M. le professeur Rémond (de Metz). Le quartier dont il est question dans l'entre-filet du *Temps*, fait partie de l'hospice de la Grave et contient, outre des déments, des épileptiques, des idiots, etc. Il semblerait donc tout naturel que ces éléments, d'un si grand intérêt, au point de vue psychiatrique, devinssent partie intégrante du service de la clinique des maladies mentales; il n'en est rien. Pourquoi cela ne se fait-il pas? Mystère administratif que nous ne nous chargeons pas de pénétrer.

Le second fait s'est passé à l'asile d'Armentières (Nord); voici la courte relation qu'en donne *Le Temps*, dans son numéro du mercredi 2 juillet 1913 :

« Le parquet de Lille s'est rendu à Armentières afin de procéder à une enquête sur une grave affaire de coups dont un pensionnaire de l'asile d'aliénés a été victime de la part de son gardien, le nommé Georges Dequand, âgé de trente-six ans. Comme les gémissements du dément l'empêchaient de dormir, ce gardien le frappa avec une véritable sauvagerie à l'aide d'un tisonnier. Pour éclairer cette scène, il avait obligé un ancien gardien devenu fou à s'approcher du lit avec une lanterne. Le gardien Dequand a été écroué à la maison d'arrêt de Lille. »

Le Tribunal correctionnel de Lille, qui s'est montré indulgent, ne l'a condamné qu'à six mois de prison.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE, DE PSYCHIATRIE
ET DE PSYCHOLOGIE.

Berne, 7-12 Septembre 1914.

La Société suisse de Neurologie, dans sa séance du 5 mai 1912, a accepté à l'unanimité la mission que lui confiait le Comité du Congrès tenu à Amsterdam en 1907 d'organiser un nouveau Congrès de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie faisant suite à ce dernier. En transmettant officiellement ses pouvoirs à la Société suisse de Neurologie, le Comité hollandais agissait en vertu des résolutions prises à Amsterdam qui lui conféraient la mission d'assurer la permanence de ces Congrès.

En conséquence, se considérant comme mandataire du Comité hollandais, la Société suisse de Neurologie a décidé d'organiser une nouvelle session du *Congrès international de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie*. Il aura lieu à Berne, du 7 au 12 Septembre 1914.

En prenant cette décision, notre Société ne s'est pas dissimulé les difficultés d'une pareille entreprise. Le fait qu'en cette année 1913, les neurologistes et psychiatres auront, par deux fois, à quelques jours d'intervalle, à Londres et à Gand, l'occasion de se réunir, nous a fait envisager la question de remettre à une date plus éloignée la session de notre Congrès; mais, après mûre réflexion, nous avons estimé que nous ne pouvions différer plus longtemps l'accomplissement de la mission que nous a confiée en 1912 déjà le Comité hollandais. De plus, le développement toujours plus grand des branches de la médecine touchant à la physiologie et à la pathologie du système nerveux, la multiplicité croissante des questions se rapportant à ce domaine, nous autorisent à penser que le Congrès de 1914 saura affirmer sa légitimité auprès du monde scientifique en permettant à ses représentants un échange de vues plus direct et, par conséquent, plus fécond en résultats.

Le Comité d'organisation du Congrès de Berne tient tout particulièrement à donner à cette réunion un caractère de haute valeur scientifique. Il fait appel, pour cela, à la bienveillante collaboration des savants de tous pays qui travaillent dans le vaste champ prévu par notre programme. Comme celui d'Amsterdam, le Congrès de 1914 étendra ses travaux à la psychologie, science indispensable à ceux qui s'occupent de neurologie et de psychiatrie. Si nous n'avons pas fait rentrer cette fois dans son cadre les questions relatives à l'assistance des aliénés, c'est qu'elles sont traitées dans des congrès de psychiatrie spéciaux dont l'un aura lieu cette année à Moscou.

La situation exceptionnelle de la Suisse en Europe, sa culture influencée par le génie des grandes nations qui l'entourent, la diversité de ses langues nationales, sont de nature, croyons-nous, à faciliter la réunion et l'entente des représentants de toutes les nationalités.

Le Comité d'organisation du Congrès s'efforcera de rendre agréable à ses hôtes le séjour de Berne; il comptera surtout pour cela sur les beautés naturelles de notre pays. En outre, Berne sera, en 1914, le siège d'une Exposition nationale suisse qui pourra apporter une diversion intéressante aux travaux scientifiques du Congrès.

En raison de l'anarchie qui a régné jusqu'ici dans l'organisation des Congrès internationaux de Neurologie et de Psychiatrie, nous n'avons pas cru devoir attribuer au Congrès de Berne un numéro d'ordre qui serait différent suivant qu'on considère ou non le Congrès d'Amsterdam comme le premier du genre. Nous préférons abandonner l'appréciation de cette question à un comité international qui serait, à l'avenir, chargé d'assurer la continuité et la régularité de nos congrès; nous nous réservons, lors du Congrès de Berne en 1914, de proposer, comme une mesure indispensable, la constitution d'un Comité international permanent.

Notre Comité aura l'honneur de vous faire connaître ultérieurement les dispositions définitives concernant l'organisation du Congrès de 1914, la composition du Comité national de patronage, des Comités de propagande internationaux, ainsi que la liste des questions qui doivent faire l'objet des rapports.

Le Comité d'organisation du Congrès international de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie, Berne 1914 :

Professeur D^r DUBOIS (Berne), président;

Professeur D^r v. MONAKOW (Zurich) et D^r P.-L. LADAME (Genève), vice-présidents.

P.-D. D^r R. BING (Bâle), suppléant.

P.-D. D^r L. SCHNYDER (Berne) et P.-D. D^r O. VERAGUTH (Zurich), secrétaires.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

L'ALIÉNATION MENTALE



LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le XXIII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Le Puy, août 1913.

Je ne sais s'il y a là plus qu'une simple coïncidence, mais il m'a paru que le XXIII^e Congrès, tenu au Puy, au cœur même de la France, au pied de ce sanctuaire du mont Corneille, du haut duquel, « depuis qu'il y a des hommes et qui pensent », se sont élevées successivement les prières de toutes les croyances, avait été plus particulièrement français et de langue et d'esprit français que certains de ses devanciers.

Coïncidence ou non, je crois qu'en réalité il y a en ce moment, dans notre monde d'aliénistes, un retour très marqué et très heureux aux traditions et aux tendances qui firent la réputation et la gloire de l'école française; de telle sorte que le lieu avait été particulièrement bien choisi; mais il l'avait été, aussi, dans un autre sens,

car tous ceux qui, comme dit l'ami Dupouy, titulaire d'un emploi que je vais m'efforcer de remplir pour le mieux, sont « dévorés par l'appétit du tourisme », ont été servis à souhait.

Et cela n'a pas nui au Congrès, comme il advient parfois. Comme pour remercier l'actif et habile organisateur d'excursions délicieuses et variées, notre excellent collègue Suttel, tous les congressistes ont assisté assidûment aux séances et, tous, nous avons regretté qu'elles ne puissent pas être plus nombreuses et plus longues ; et quand je dis tous, je n'excepte pas l'élément féminin qui, lui-même, finissait par parler de catatonie, d'hébéphrénie et de démence précoce, ce qui vaut assurément mieux que de réclamer les « suffrages for women », comme il est advenu au Congrès de Londres.

Quoi qu'il en soit, si les séances ont été trop courtes, le temps qui nous a été dispensé pour regarder tout ce qu'il y avait à voir l'a été aussi ; mais, dans un pays où chaque pierre a son histoire, où tout accident de terrain est un enseignement, il fallait faire un choix et, parce que ce choix avait été particulièrement bien fait, tous ceux d'entre nous qui n'avaient pas la bonne fortune de connaître déjà le Velay, ont pu emporter de leur séjour au Puy une impression générale de beauté, de variété et de grandeur qui ne s'effacera pas.

C'est sans doute au désir de ne pas éclipser la majesté tourmentée de cette fin du Plateau Central, que nous avons dû, le 1^{er} août au matin, la simplicité toute familière de la séance d'ouverture du Congrès, où seuls tranchèrent sur le noir des vestons et des jaquettes l'écharpe tricolore du magistrat municipal, représentant le maire du Puy, et les uniformes d'un médecin-major de l'armée et d'un médecin de la Marine.

Un journaliste obligeant nous désigne, entourant M. Cellerier, adjoint au maire, M. Boutaud, député de

la Haute-Loire, le préfet du département ; pour le remercier de ses bons offices, nous lui signalons M. Granier, inspecteur général des services administratifs, représentant M. le ministre de l'Intérieur ; M. le médecin-major de 1^{er} classe Haury, délégué de M. le ministre de la Guerre ; M. le D^r Hesnard, délégué de M. le ministre de la Marine ; notre sympathique président, M. Arnaud, et M. le D^r Suttel, secrétaire général du Congrès. Dans l'assistance, de nombreuses personnalités qui avaient tenu à marquer tout l'intérêt qu'elles prenaient à notre réunion : M. le général Beaugier, M. le D^r Berthier, directeur du service de santé du XIII^e corps d'armée ; M. Boyer, président du syndicat d'initiative ; de nombreux médecins de la ville et de la garnison, etc.

Très aimablement, M. l'adjoint au maire souhaite la bienvenue aux congressistes et les remercie, finement, puisque, somme toute, c'est nous qui sommes ses obligés, d'avoir choisi la ville du Puy pour tenir leur réunion de 1913, et il fait des vœux que la beauté du décor et la clémence du temps se chargeront de réaliser.

M. l'inspecteur général *Granier* nous redit ensuite tout l'intérêt que M. le ministre de l'Intérieur prend à nos réunions annuelles et il montre qu'elles ont toujours d'heureuses conséquences : il veut bien rapporter aux travaux et aux discussions du Congrès de Tunis la naissance très prochaine de l'assistance des aliénés aux colonies. Ces questions d'assistance constituent toujours une des préoccupations principales de l'administration supérieure ; à cet égard, il annonce comme devant recevoir une solution prochaine une question fort ancienne et que « les criailleries de quelques vagues syndicats » n'empêcheront pas d'aboutir : l'emploi du personnel féminin dans quelques divisions des malades hommes. A l'heure actuelle, d'ailleurs, cette utilisation

n'aurait rien d'illégal, mais elle est un peu contrariée par un texte réglementaire à qui l'usage a donné la force d'une loi. C'est là une des raisons qui ont conduit l'administration à faire entreprendre par le Conseil supérieur de l'assistance publique une revision générale du règlement type de 1857 (1). Cette revision est naturellement indépendante de celle de la loi de 1838 ; elle est dans tous les cas plus urgente, car la loi de 1838 vaut mieux que sa réputation ; on aura beau faire, on ne pourra jamais que s'inspirer d'elle, et le mot de Paul Garnier sera toujours vrai : « *La loi de 1838 n'est pas une loi à refaire, c'est une loi à compléter.* » Enfin, M. Granier fait un éloge mérité de M. le président Arnaud, dont il se plaît à célébrer le dévouement et la très haute valeur scientifique, qu'une modestie, peut-être excessive, n'arrive pas à voiler.

M. le médecin-major de 1^{re} classe *Haury* nous salue au nom de M. le ministre de la Guerre ; il complète les indications de M. Granier sur les résultats de nos Congrès, en leur rapportant la charte que la psychiatrie militaire a reçue le 5 avril 1913 ; et il nous adresse des remerciements dont on doit d'ailleurs lui retourner la plus grosse part en raison du bon combat, qu'au milieu de difficultés sans nombre et de bien des désillusions personnelles que sa discrétion ne dit pas, il mène depuis de nombreuses années pour faire admettre la psychologie morbide au nombre des préoccupations du service de santé militaire (2).

(1) A ce propos, signalons combien il est regrettable que les asiles d'aliénés de province ne soient pas représentés au Conseil supérieur de l'assistance publique, particulièrement et au moins par un *directeur-médecin* d'asile. Cette lacune se fera très probablement visiblement sentir lors de la revision signalée, malgré l'enquête consciencieuse qui a été faite auprès de nous par notre très distingué collègue, M. le Dr Marcel Briand.

(2) Donner une charte n'est rien, encore convient-il d'en réa-

A son tour, M. le médecin de la marine *Hesnard*, chef du service de neuro-psychiatrie et d'électrothérapie à l'hôpital maritime de Rochefort, parle au nom de M. le ministre de la Marine et du service de santé qui a si rapidement et si heureusement créé une organisation psychiatrique que le ministère de la Guerre ne pourrait mieux faire que de copier.

Enfin, M. le président *Arnaud*, après avoir apporté les excuses de M. Mabile, président du Congrès de Tunis, empêché par la maladie; de M. Grall, médecin-inspecteur général du service de santé des troupes coloniales; de M. Simonin, professeur de médecine légale au Val-de-Grâce, et remercié la ville du Puy et le département de la Haute-Loire des subventions qu'ils ont bien voulu accorder au Congrès, prononce le discours d'usage, dont les éléments lui sont fournis par l'*Anarchie en psychiatrie*.

Voilà un sujet qui est merveilleusement de circonstance, bien que les préoccupations auxquelles il répond soient anciennes. Il y a bien longtemps, en effet, que Foville a signalé la confusion des mots et des idées qui règne dans la médecine mentale; certes, si l'on compare la situation actuelle à celle qui existait du temps de Foville, il faut bien reconnaître que les mots et les

liser les promesses. Sans vouloir critiquer en rien l'idée bizarre qu'on a eue, pour former des psychiatres militaires, de faire désigner, par un concours, trois médecins de l'armée qui suivront, pendant un an, les cours de l'Institut de médecine légale de l'Université de Paris, de telle sorte que ces trois médecins, *rari nantes in gurgite vasto*, feront de tout un peu et ne seront pas plus psychiatres qu'ils ne seront toxicologues ou légistes proprement dits, il est assez curieux de signaler que le concours annoncé et promis pour fin septembre vient d'être reculé *sine die*; raison, l'incorporation de la classe de 20 ans et l'impossibilité d'immobiliser pendant deux ou trois jours les 15 médecins admis à se présenter à ce concours, alors que cette incorporation prématurée d'une classe était au contraire une raison majeure pour désigner le plus tôt possible les futurs aliénistes de l'armée.

problèmes qui se présentent à notre attention sont tout autres ; mais, dans tous les cas, la confusion qu'il signalait, il y a si longtemps, persiste.

L'examen des doctrines nouvelles, dont certaines sont particulièrement séduisantes, montre qu'elles n'ont pas réussi, mieux que leurs devancières, à faire cesser cette confusion. Toutes les discussions de l'heure présente portent, d'une manière presque exclusive, sur la paranoïa, sur la démence précoce et sur la folie maniaco-dépressive.

Au début, la paranoïa ne fut qu'une nouvelle étiquette qui réunissait, dans un même chapitre, les délires systématisés hallucinatoires ; mais, bientôt, une première modification était apportée à cette conception ou plutôt à ce baptême, et l'on fit rentrer la démence paranoïde dans le cadre de la démence précoce.

Puis, peu à peu, le démembrement continue ; la paranoïa se réduit de plus en plus jusqu'à ne plus comprendre que le délire d'interprétation et le délire de revendication ; le moment n'est pas loin où la paranoïa aura cessé de vivre.

La même destinée a été le lot de la démence précoce : celle-ci qui fut, au début, une conception essentiellement française, était, dans son origine, la démence précoce des jeunes gens : elle était doublement précoce et justifiait son nom ; elle survenait chez des malades jeunes et aboutissait rapidement à la démence. Il n'y a rien à dire à cela. Mais ce cadre a été singulièrement élargi, à telle enseigne que tout ce qui semblait nécessaire pour justifier le concept de démence précoce est devenu très contingent et qu'on en est venu à concevoir des démences précoces qui n'étaient ni démences, ni précoces, à faire rentrer dans ce cadre, sous le nom de démence paranoïde, les délires systématisés hallucinatoires et certaines formes de confusion mentale ; jus-

qu'au moment où Kraepelin lui-même, dont on sait le rôle prépondérant dans cette affaire, en est venu à restreindre le cadre d'une affection dans laquelle il tendait à faire rentrer presque toute la pathologie mentale et à revenir aux conceptions de dégénérescence mentale depuis si longtemps défendues par l'école française avec Morel et M. Magnan. Il est incontestable que la plupart des cas étiquetés démence précoce n'ont qu'une vague ressemblance avec la démence, puisque le dément est un riche qui est devenu pauvre, alors que le dément précoce est simplement un avare. La démence précoce est donc devenue une conception essentiellement élastique, tantôt très large, tantôt très étroite, au gré des circonstances et des auteurs et dans ces conditions on ne saurait la considérer comme une notion définitivement fixée. C'est bien ainsi qu'en définitive Kraepelin la conçoit lui-même : la lecture des éditions successives de son traité montre qu'il ne s'est pas stéréotypé dans une doctrine immuable et qu'il est très éloigné d'avoir toujours fait siennes les exagérations de ceux qui se considèrent comme ses disciples. Ces variations successives sont toutes à l'honneur de Kraepelin, parce qu'elles sont un sûr garant de son extrême probité scientifique ; mais ce n'est pas là une raison pour que nous acceptions, les yeux fermés, toutes les idées qu'il lui plaît d'énoncer en laissant à ses adhérents le soin de les présenter comme des vérités et de les défendre.

Ce qui est vrai de la démence précoce ne l'est pas moins d'une autre création du maître de Berlin, la folie maniaco-dépressive, que nous connaissons aussi en France depuis longtemps sous le nom de folie circulaire. Après avoir compris sous ce vocable tout ce que nous connaissions de la manie et de la mélancolie, Kraepelin a fini par en détacher certaines formes de mélancolie dont il a fait l'expression d'une maladie d'involu-

tion présénile et, aujourd'hui encore, brisant — est-ce définitivement? — le cadre qu'il venait à l'instant de créer, il fait rentrer, peu à peu, la folie maniaco-dépressive dans la démence précoce.

Ainsi, toutes les formes débordent les unes sur les autres, sans que l'on soit assuré que les idées d'aujourd'hui seront encore celles de demain; c'est une véritable confusion, un chaos, une anarchie. Cependant, de toutes ces variations, il restera quand même quelque chose d'utile; elles ont en effet provoqué des travaux, des recherches, des discussions qui ne sont pas pour peu dans l'émulation laborieuse à laquelle, au milieu de tout ce désordre, la psychiatrie ne peut que gagner.

Après ce discours, si sage et très applaudi, la session est ouverte et l'on nomme quelques présidents d'honneur au nombre desquels, M. le Dr Bonhomme, médecin en chef de l'asile du Puy; puis, l'on se donne rendez-vous pour la séance du soir, au lycée de jeunes filles, qui sera inaugurée par la discussion du premier rapport.

LES TROUBLES DU MOUVEMENT DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE, par le Dr *Lucien Lagriffe* (d'Auxerre). — Les troubles du mouvement dans la démence précoce sont connus de tous; certains ont fait l'objet d'études très approfondies et il ne semble pas utile de s'appesantir longuement sur chacun d'eux. Aussi bien, en mettant cette question à l'ordre du jour, l'intention du Congrès n'était-elle que de provoquer une étude générale, dégagée de toute préoccupation particulière. Seule, en effet, une vue d'ensemble est susceptible de montrer si se justifie la valeur qui a été attribuée à ces troubles et si ces derniers peuvent servir à caractériser cliniquement, fonctionnellement ou anatomiquement un syndrome qui, en France, n'est pas encore de consentement universel.

En tout état de cause, d'ailleurs, et quel que soit le

sentiment de chacun à l'endroit de la démence précoce, ces troubles du mouvement ont une importance indéniable en raison de leur fréquence et de l'allure particulière qu'ils impriment non seulement à la maladie, mais encore aux malades. Ils s'observent, en effet, à toutes les périodes de la démence précoce ; ce sont eux qui frappèrent surtout les premiers auteurs qui, comme Morel, en parlèrent et à qui n'échappèrent ni cette suggestibilité, ni cette stéréotypie des attitudes et des gestes, ni cette catatonie, ni ces grimaces et ces tics bizarres, ni, enfin, ce nihilisme qui, aujourd'hui encore, sont considérés comme caractéristiques de la démence précoce.

Cependant, lorsqu'on cherche à faire une synthèse de ces différents troubles, on reste frappé de l'antinomie profonde qui existe entre eux et du peu de rapports qu'ils semblent avoir avec une maladie qui, de prime abord, paraît présenter les caractères d'un simple trouble psychologique. Il semble, en effet, que ce qui caractérise surtout la démence précoce, c'est l'anéantissement de toute manifestation *spontanée* de l'activité mentale. Lorsqu'on interroge un dément précoce, un de ces malades figés, sans expression mimique, sans réactions, sans désirs et sans besoins, qui, à première vue, ne se distinguent en rien des idiots les plus profonds, on est tout étonné de voir que, malgré ces apparences, leur cerveau, qui paraît complètement éteint, jouit encore, cependant, de tous les éléments nécessaires à un fonctionnement sinon parfait, du moins suffisant. Toutes les images antérieurement fixées dans la mémoire demeurent, toutes ou la plupart des acquisitions anciennes, dont certaines ont une ténuité et sont d'une complexité remarquables, sont conservées ; mais il faut, pour que les images soient évoquées, une excitation extérieure au malade, une excitation très forte, sans

que, pourtant, cette évocation soit susceptible de déclencher les associations qui, chez les sujets normaux, en découleraient nécessairement. D'autre part, toute acquisition nouvelle un peu compliquée devient impossible et, en même temps, on observe des altérations motrices qui contrastent étrangement avec cette persistance des possibilités intellectuelles élémentaires. La démence précoce apparaît donc, dès les premiers instants, comme un véritable paradoxe pathologique.

Or, nos conceptions actuelles ne nous permettent plus que difficilement d'admettre qu'une affection mentale puisse être uniquement caractérisée par un trouble psychologique. Cette difficulté est d'ailleurs une séquelle de ces vieilles préoccupations métaphysiques dont les moins spiritualistes d'entre nous n'arrivent jamais à se défaire, de telle sorte que nous avons été conduits à faire abstraction de tout ce qui, dans ce paradoxe, était gênant et à décrire, à côté d'une affection qui semblait être exclusive de toute correspondance anatomique, une maladie à signes physiques plus ou moins définis, comme si l'état mental n'était que surajouté.

Cette méthode est d'autant plus tentante, que les troubles physiques et, particulièrement, les troubles du mouvement, apparaissent ordinairement dès les premiers stades de la démence précoce.

En effet, dès le début, à une époque qui précède souvent de beaucoup le moment où l'entourage commence à avoir une notion très vague de la possibilité d'une affection mentale, on voit apparaître, d'une manière plus ou moins nette, certains de ces troubles moteurs, qui, aujourd'hui à peine ébauchés, se montreront plus tard en pleine lumière ; déjà, ces premiers troubles sont eux-mêmes paradoxaux : le négativisme, résistance incompréhensible aux actes les plus simples, contraste avec la docilité extrême que l'on observe à d'autres

moments et qui alterne avec lui. De même, l'apathie, la difficulté de tout effort s'associent aux actes extravagants, aux impulsions subites, aux fugues, au vagabondage, aux tics, aux mouvements anormaux inlassablement et indéfiniment répétés. Ce sont là les traits les plus marquants et c'est seulement pour mémoire que nous rappelons la possibilité, dès cette époque, de phénomènes convulsifs, hystérisiformes ou épileptiformes, avec ou sans ictus, les crises de rires ou de pleurs irraisonnés, sans compter tous les phénomènes moteurs que l'on observe dans la confusion mentale aiguë, par quoi débute, assez souvent, la démence précoce.

Les phénomènes moteurs de la période d'état présentent les mêmes caractères ; mais, s'ils sont particulièrement marqués dans les formes catatonique et hébéphrénique, ils sont plus rares, moins accentués et presque secondaires dans la forme paranoïde. C'est particulièrement à eux que la forme catatonique doit d'avoir été considérée, à une époque encore récente, comme une maladie autonome en raison de la triade motrice qui attira vivement l'attention sur elle : négativisme, suggestibilité et stéréotypie. Le négativisme constitue ici une variété très accentuée d'un phénomène qui est d'ordre général dans toute la pathologie mentale : l'opposition. Souvent invincible, cette opposition, spontanément ou d'une façon passive, se dresse comme un obstacle devant toutes les sollicitations externes ou internes. A côté de ce négativisme, se combinant souvent à lui, nous retrouvons encore ici la suggestibilité, tantôt active, tantôt passive et facilitée, dans ce dernier cas, par la flexibilité cireuse. Enfin, la stéréotypie, qui imprime sa marque non seulement sur les attitudes, mais encore sur les gestes et même sur les actes, revêt aussi, à ce stade, une intensité qu'elle n'avait pas encore à la période prodromique ; elle ne se limite d'ailleurs

pas aux attitudes, aux gestes et aux actes normaux, elle s'applique aussi à des attitudes, à des gestes et à des actes bizarres, étranges, à des dissociations musculaires inhabituelles.

A côté de ces phénomènes, il convient de signaler le tremblement de la langue et des mains, les vertiges, les accidents convulsifs, hystérisiformes ou épileptiformes, la tétanie, les crampes, les ictus avec ou sans paralysie consécutive.

Dans la période terminale, dont les limites exactes sont, au surplus, toujours difficiles à préciser, la plupart des phénomènes précédemment énumérés ou bien disparaissent peu à peu, corrélativement à un réveil de l'activité mentale, si la maladie doit s'améliorer ou guérir; ou bien ces phénomènes se fixent, ils se stéréotypent, après une sorte de sélection, lorsque la démence précoce se résout en démence terminale; alors, de la période d'état persistent et surnagent, sur le fonds définitivement démentiel, quelques gestes, quelques tics qui constituent les seules manifestations extérieures de la *démence simple*; ou bien, l'activité motrice persiste, incessante, monotone, stéréotypée elle aussi, dépourvue désormais de toute signification, évoluant dans un cercle immuable, comme un véritable tic; c'est la *démence agitée*; enfin, dans la *démence apathique*, le malade n'est plus qu'une image pâlie de ce qu'il était au cours de la période d'état; l'inertie où il semble se complaire ne cesse que pour donner cours, de temps à autre, à des mouvements rares et lents, à des gestes qui rompent périodiquement les attitudes stéréotypées, ces dernières pouvant être modifiées artificiellement par la mise en œuvre de la suggestibilité lorsque, toutefois, le négativisme n'y met pas obstacle.

Si maintenant nous cherchons à classer ces différents troubles en prenant pour base les données de la physio-

logie, nous voyons que les uns intéressent la vie de relation consciente, les autres la vie de relation subconsciente ou inconsciente. Parmi les premiers, certains ne sont pas, par eux-mêmes, des troubles fonctionnels, mais ils empruntent la fonction motrice pour se traduire à l'extérieur : ce sont les troubles de la mimique émotionnelle (grimaces, pleurs et rires), du langage parlé et du langage écrit (maniérisme, suggestibilité, stéréotypie et négativisme) ; ce sont les troubles de l'attitude (vertiges, déviations, attitudes imposées et stéréotypées) ; ce sont enfin les troubles des gestes et de la marche, où l'on retrouve le maniérisme, l'automatisme (excitation, fugues, impulsivité), la suggestibilité, la stéréotypie et le négativisme. A côté de ces troubles, il en est d'autres, au contraire, qui traduisent des altérations de la fonction ; ils n'appartiennent en propre ni à la démence précoce, ni à la pathologie mentale, mais à la neuropathologie : ce sont les paralysies, les atrophies, les troubles de la contraction musculaire, tremblements, athétose, chorées et spasmes fonctionnels, tics, convulsions, contractures, tétanie, catalepsie.

Enfin, les troubles qui intéressent la vie de relation subconsciente ou inconsciente se manifestent surtout au niveau des appareils respiratoire et digestif.

Par conséquent, ce qu'il faut retenir, en dernière analyse, de toutes ces modifications du mouvement, c'est ce qu'avaient su en retenir les vieux maîtres qui ont fait la gloire de la médecine mentale française : la catatonie, le négativisme, la suggestibilité et la catalepsie, la stéréotypie.

La catatonie a déjà retenu longuement l'attention de notre Congrès, à Bruxelles, en 1903 ; elle est caractérisée par la persistance anormale de la contraction musculaire dans des muscles ou des groupes de muscles qui ont conservé, cependant, toutes leurs possibilités

fonctionnelles. De telle sorte que la catatonie n'est pas un symptôme définitif; elle apparaît ou disparaît sans causes appréciables, et cela non seulement dans la démence précoce, mais encore dans les autres états mentaux où on l'observe; elle n'est pas spéciale, en effet, à la démence précoce et se retrouve fréquemment, surtout dans les affections à base de stupeur.

On a fait de la catatonie l'expression d'un état d'incoordination psycho-motrice. Il est probable que la catatonie relève de plusieurs causes; on l'observe dans des conditions où elle est en rapports évidents avec des lésions cérébrales qui ne se retrouvent pas dans la démence précoce; dans celle-ci, elle est, d'ailleurs, extrêmement variable comme étendue et comme intensité; elle apparaît et elle disparaît sans causes apparentes et il est donc peu vraisemblable, *a priori*, qu'elle se rattache à des altérations organiques. De ceci, les variations de nature de la catatonie sont aussi une preuve indiscutable; à côté de la catatonie flasque, en effet, il existe une catatonie rigide: c'est le négativisme, au cours duquel la raideur musculaire tend, sous l'influence des excitations, à s'exagérer, à se transformer en une véritable contracture ou contraction d'effort: il semble qu'en raison de la diminution ou de l'abolition du pouvoir inhibiteur, le ou les muscles répondent logiquement à une excitation mécanique par une contraction; cette contraction, dont la nécessité n'a primitivement pas été contrôlée, tend à persister, pendant un temps plus ou moins long: elle survient sans raisons suffisantes et les raisons qui devraient la faire cesser ne suffisent pas elles non plus.

De même que le négativisme est une exagération de la catatonie, de même la stéréotypie des attitudes et la catalepsie sont fonction de la catatonie; sans elle, en effet, la flexibilité cirreuse ne permettrait pas d'obtenir

une obéissance passive aux contractions musculaires provoquées suffisamment prolongée pour être caractéristique.

La stéréotypie des gestes est toute différente et ne saurait, comme la stéréotypie des attitudes, être réduite à la catatonie. Faut-il en faire remonter la cause à l'existence du monoïdéisme; faut-il, au contraire, ne voir en elle que de l'automatisme? Ce problème ne paraît guère susceptible d'une solution, tout au moins à l'heure actuelle. Si les explications les plus simples sont les plus vraisemblables, c'est pourtant encore l'automatisme qui répondrait le mieux à la nature des faits : dans un cerveau, comme celui du dément précoce, où il paraît évident qu'il existe, à tout le moins, une diminution ou un affaiblissement de l'activité supérieure, il ne semble pas invraisemblable que la répétition successive des mêmes gestes suffise à faciliter le déclenchement moteur dans le sens où l'activité motrice a pris l'habitude de s'exercer. En sorte que la stéréotypie des gestes répondrait à la loi du rythme psychobiologique qui est de règle dans les organismes rudimentaires et qui, chez les êtres supérieurs, n'apparaît que lorsque les centres supérieurs, en défaut, deviennent incapables d'assurer la coordination psychodynamique.

En somme, les grands syndromes moteurs de la démence précoce pourraient, sans doute, se réduire, en définitive, en :

A) *Catatonie* : 1° rigide : négativisme ; 2° flasque : suggestibilité et catalepsie ;

B) *Stéréotypie des gestes*.

Les phénomènes cliniques tirent leur importance de leurs causes prochaines ; il est donc nécessaire de rechercher à quoi sont dus les troubles du mouvement que l'on observe au cours de la démence précoce ; s'ils

sont de nature musculaire, s'ils sont dus à des altérations nerveuses périphériques ou centrales.

L'origine musculaire des troubles du mouvement dans la démence précoce ne semble pas pouvoir être soutenue. Si l'on a signalé l'hyperexcitabilité, d'ailleurs toute temporaire, des muscles de la face au début de la démence catatonique, du moins n'a-t-on jamais observé de modifications dans l'excitabilité électrique. L'étude du travail musculaire chez ces malades, si elle montre des modifications dans l'allure de la courbe, met en évidence ce fait que le rendement n'est pas inférieur, cependant, à celui des sujets normaux. Les déments précoces, en effet, mettent plus longtemps à vaincre l'état d'inertie psycho-motrice et à atteindre leur maximum de production, mais ce maximum est ensuite soutenu d'une façon anormale et les effets de la fatigue ne se font sentir que beaucoup plus tard. Les résultats fournis par la méthode ergographique ne viennent pas à l'encontre de ceux que donne l'évaluation du travail naturel : les ergogrammes les plus réguliers sont ceux qui sont donnés par les déments catatoniques, c'est-à-dire par les déments présentant les troubles du mouvement les plus nombreux et les plus caractéristiques. Cette régularité des ergogrammes se retrouve aussi chez les déments paranoïdes qui tendent à se rapprocher de la normale. Mais, cependant, dans la forme hébéphrénique comme dans les deux autres formes, à côté de courbes anormales, on en rencontre aussi qui s'écartent peu de celles données par les individus sains. On observe une difficulté générale à suivre le rythme ; le retard est le plus fréquent. Les plus petites amplitudes sont fournies par les déments catatoniques, dont certains se donnent tout juste la peine de tirer sur le poids ; le travail journalier ne semble pas contribuer à rendre les courbes normales. Ces courbes ont un profil

qui est personnel à chaque malade, elles sont particulièrement basses et allongées. Le démarrage est fréquemment difficile, surtout chez les paranoïdes et c'est chez les catatoniques que cette difficulté est le plus rare. La présence de plateaux, surtout fréquents chez les hétérophréniques, montre qu'il existe des crampes chez certains de ces malades. Mais il ne paraît pas s'agir là de crampes d'origine musculaire, car elles ne sont pas rapidement suivies de signes de fatigue. Le travail-heure est le plus élevé chez les paranoïdes et le moins élevé chez les catatoniques. En somme, les troubles du mouvement dans la démence précoce ne paraissent pas pouvoir être expliqués par des altérations locales et périphériques : ils ne sont pas « musculairement » significatifs.

L'étude des contractions réflexes donne des résultats qui ne diffèrent pas des précédents. Certes, il existe bien des troubles de la réflexivité chez la plupart des déments précoces, mais ces troubles ont une importance minime : ce sont de simples anomalies, analogues à celles que l'on observe, dans le même ordre d'idées, chez les individus tarés. En admettant même qu'elles aient la valeur qu'on a cherché à leur prêter, ces anomalies sont trop variables comme siège, comme intensité et comme persistance pour qu'elles puissent contribuer à l'explication de troubles qui se présentent avec des allures toujours semblables à elles-mêmes. L'étude des conditions de l'irritabilité réflexe permet-elle de serrer le problème de plus près ? Le temps de réaction, chez les déments précoces, est constamment supérieur à la moyenne observée chez les individus normaux : il est le plus allongé chez les hétérophréniques et le moins allongé chez les paranoïdes. Il existe donc, chez les déments précoces, un retard indéniable. Ce retard ne pourrait être expliqué, anatomiquement, que par des

altérations de filets nerveux préposés à la conduction des impressions périphériques et des ordres centraux. Or, de telles altérations n'ont pas été rencontrées dans la démence précoce. D'autre part, l'anatomie pathologique du cerveau dans cette affection montre que les altérations les plus fréquemment rencontrées sont celles des prolongements cellulaires et que les lésions prédominent surtout dans les lobes frontaux. Cette prédominance met donc hors de cause la seule région des centres supérieurs qui pourrait caractériser et expliquer, anatomiquement du moins, les troubles moteurs. On peut donc dire que les troubles moteurs de la démence précoce ne semblent pas avoir une origine directement organique.

CONCLUSIONS. — 1° *Les phénomènes moteurs ne peuvent, dans ce complexus auquel on donne le nom de démence précoce, caractériser nettement que la forme dite catatonique; celle-ci, en dehors de toute question doctrinale, est la seule qui, au point vue de la motricité, semblerait avoir une existence bien autonome. Mais la réalité de cette autonomie est très ébranlée par ce fait que les phénomènes moteurs constituent un ensemble se retrouvant au cours de syndromes mentaux qui ne sont pas de la démence précoce; ces syndromes mentaux sont les états confusionnels, que ces états confusionnels apparaissent dans l'enfance, dans l'adolescence, dans l'âge mûr ou dans la vieillesse; qu'ils reconnaissent pour cause une intoxication, une infection (intoxination), des altérations cérébrales disséminées dues à un traumatisme, à la sénilité ou à toute autre cause.*

2° *Les troubles du mouvement que l'on observe au cours de la démence hétéphrénique et de la démence paranoïde participent, eux aussi, d'états divers, formes d'excitation en général, démences vésaniques et, ici aussi, états de confusion;*

3° *Ces phénomènes moteurs ne semblent pas, comme l'a dit Kraepelin des phénomènes cliniques généraux de la démence précoce, pouvoir être mis directement sur le compte de lésions profondes des éléments cellulaires de l'écorce cérébrale, en ce sens que les lésions observées laissent à la fonction musculaire toute sa potentialité et lui permettent de redevenir, suivant les circonstances, égale à ce qu'elle était autrefois;*

4° *Ces troubles présentent donc les caractères de ceux auxquels on donne, pour la commodité de l'étude, le nom de troubles fonctionnels. Il faudrait pour que nous puissions nous prononcer d'une façon formelle sur leur nature, que nous eussions des certitudes sur l'origine du mouvement volontaire.*

Les manifestations cliniques de la démence précoce semblent tenir surtout à des troubles de l'association; la régulation cérébrale n'étant plus assurée, l'inhibition se trouve par conséquent en défaut. Le trouble de l'association réside dans ce fait que les représentations ne peuvent surgir qu'en petit nombre dans le champ de la conscience; ainsi l'antagonisme devient impossible et l'absence de motifs contrastants fait que les représentations persévèrent. Mais de cette difficulté d'évoquer plusieurs motifs à la fois, il résulte que, si une idée fait naître dans le champ de la conscience une image antagoniste, celle-ci devient prédominante et le négativisme se produit. Ainsi les troubles moteurs dans la démence précoce apparaissent, non pas comme des troubles de la fonction motrice; mais, bien plutôt, comme des troubles de l'expression motrice: les muscles répondent normalement à des incitations dont les conditions sont faussées, parce que les excitations ne déterminent plus dans les centres d'association les réflexes nécessaires à ces incitations. C'est à cause de ce trouble de la réflexivité cérébrale que la richesse intellectuelle

peut persister dans la démence précoce sans parvenir à s'actualiser.

DISCUSSION. — M. *Dide* (de Braqueville) dit qu'il aurait été bon de préciser et de distinguer, parmi les troubles moteurs que l'on observe au cours de la démence précoce, des troubles variables, expression des altérations mentales et des troubles fixes qui sont l'expression d'altérations anatomiques. Parmi ces derniers il en est qui ont une importance considérable : ce sont les modifications de la réflectivité et celles de la marche ; à cet égard, on observe souvent chez les déments précoces une diminution de la base de sustentation et de la longueur du pas ; parfois, on note, aussi, une tendance ébriuse de la marche, et des anomalies de position des orteils. Ces troubles moteurs fixes sont la traduction d'altérations des centres nerveux qui se rencontrent non seulement dans l'encéphale, mais encore dans la moelle et qui sont telles que l'unité anatomique de la démence précoce est aujourd'hui une notion évidente.

M. *Hesnard* (de Bordeaux) fait remarquer que M. Lagriffe est arrivé à l'intéressante conclusion que les troubles moteurs du dément précoce sont d'origine psychique, la maladie n'atteignant pas la fonction motrice proprement dite et étant compatible avec une richesse cérébrale non actualisable. Cette conclusion, il est intéressant de le constater, est celle de beaucoup d'auteurs parmi lesquels il convient de citer le professeur Bleuler, de Zurich. Pour lui, la schizophrénie est constituée par des troubles fondamentaux et par des troubles secondaires. Parmi les premiers prennent place : l'*ambivalence* ou surestimation des contraires ; le *désordre des synthèses psychiques*, lesquelles sont comparables à des jetons tirés de jeux différents et agités dans un vase au hasard, ce qui amène la dissociation ou *trouble des associations psychiques* (images, idées ou

sentiments). De cette dissociation, qui morcelle la personnalité, dépendent : l'adhérence des éléments psychiques entre eux, la surestimation de tel ou tel élément prédominant dans le champ de la conscience, le barrage ou arrêt brusque du mécanisme mental, l'éparpillement du but psychique, la difficulté pour le sujet de s'abstraire de telle association, etc. La dissociation ne se fait pas au hasard, elle procède en suivant les règles du rêve normal, imposant à la mentalité du malade des pensées confuses et incohérentes, associées au gré des forces affectives, intérêts sentimentaux empruntés à des impressions émotives contemporaines du début de la maladie, le détournant de la vie réelle et expliquant son indifférence pour le milieu ambiant.

Parmi les troubles secondaires, se trouvent précisément les troubles moteurs : ceux-ci résulteraient d'une adaptation du malade aux nouvelles conditions psychiques qui lui sont imposées. Les uns, comme le négativisme, les troubles des actes volontaires, la suggestibilité, la catatonie passive, la dyspraxie, seraient la conséquence directe du trouble des associations ; les autres, comme l'excitation catatonique, l'automatisme, etc., seraient l'effet d'une décharge motrice consécutive à la distraction intense. D'autres enfin, comme certains gestes, certaines salades de mots et certains troubles de l'écriture, seraient l'expression symbolique ésotérique de sentiments et d'idées délirants, ainsi que la psycho-analyse pourrait le démontrer, ou même l'effet d'une tendance assez volontaire à être malade et à préférer l'état de maladie à l'état normal. Les grandes lignes de cette théorie sont à retenir, en dépit d'exagérations psychologiques et terminologiques regrettables, car elles se concilient très bien avec la notion des troubles psychiques de la démence précoce, expression d'une auto-intoxication cérébrale. Ce sont les principes

mêmes de doctrines classiques et bien françaises d'origine et c'est particulièrement sur eux que se base l'opinion de M. le professeur Régis sur les rapports de la démence précoce et de la confusion mentale. Beaucoup de déments précoces ont une activité psychique qui reste méconnue et peuvent même guérir ; ce sont moins des déments que des malades faisant les frais d'une psychose confusionnelle et onirique, et Bleuler dit à ce sujet que le plus haut degré de la dissociation schizophrénique est la confusion mentale, caractéristique des épisodes aigus de la maladie.

Quant aux déductions extrêmes que tirent de cette doctrine certains adeptes de l'école de Zurich : c'est dans le but de se détourner d'une réalité trop pénible que le malade se réfugie dans la psychose ; la maladie mentale évolue sans cause anatomo-cérébrale, elle est accessible seulement au poète dénonciateur des causes sentimentales de la folie et constitue une spéculation subtile à l'usage des âmes délicates, elles sont, scientifiquement, inacceptables. Il est à souhaiter que ces errements métaphysiques qui font fi des plus récentes acquisitions de la clinique anatomique, ne fassent pourtant pas perdre de vue l'œuvre réellement scientifique de Bleuler.

Après ce très intéressant exposé, *M. Voivenel* (de Toulouse) dit qu'à son sentiment le rapporteur a été, dans son introduction, un peu trop sévère pour la psychologie. Entre cette sévérité et les exagérations de la psycho-analyse, il ne faut pas oublier qu'il existe une psychologie qui s'appuie heureusement sur l'anatomophysiologie, qui fut celle de Taine et qui est celle de Ribot. Loin de dédaigner la psychologie, la psychiatrie doit faire sa conquête et, s'aidant de l'histologie et de l'histo-chimie, elle pourra alors dévoiler le substratum anatomique de ce qu'on appelle les facultés de l'esprit.

M. Voivenel croit qu'on peut expliquer pourquoi les premiers à l'ergographe sont souvent les derniers au dynamomètre et pourquoi les ergogrammes des déments précoces qui présentent le maximum de troubles moteurs sont les plus réguliers et les plus longs. C'est parce que le dynamomètre exige un effort de nature surtout cérébrale et volontaire, tandis que l'ergographe fait surtout appel à l'automatisme. De sorte que, chez le dément précoce, plus la désagrégation mentale est marquée, plus l'élément cérébral de la fatigue manque et mieux fonctionne l'automatisme musculaire.

M. *Crocq* (de Bruxelles), après avoir relevé ce qu'il appelle, humoristiquement, un coup de griffe à la psychologie et avoir critiqué le paradoxe qui termine le travail du rapporteur, dit qu'il ne croit pas qu'on puisse résumer dans une formule, ainsi que le fait M. Dide, les troubles de la réflexivité dans la démence précoce. Les résultats que lui-même a obtenus dans des recherches faites à cet égard lui ont toujours donné des résultats inconstants. Dans ces conditions, les signes physiques ne pouvant aider au diagnostic, il se demande comment, en présence de deux malades atteints de confusion mentale, il est possible de dire quel est celui qui sombrera dans la démence. Il croit que, dans ces circonstances, c'est seule l'hérédité cérébrale du malade qui doit régler le pronostic.

M. *Régis* (de Bordeaux) regrette que le rapporteur n'ait pas classé les troubles moteurs en troubles moteurs proprement dits, troubles psychomoteurs et troubles purement psychiques. Il rappelle qu'il décrit deux formes de la démence précoce : une forme post-confusionnelle et une forme constitutionnelle. Ces deux formes sont seulement contiguës, elles ne sont pas identiques. Peut-être la démence précoce est-elle le résultat d'une confusion mentale devenue chronique

parce que les lésions cellulaires sont arrivées à un stade où la *restitutio ad integrum* est désormais impossible. Quoi qu'il en soit, c'est surtout la clinique qui nous donnera le secret de ces psychoses.

M. *Delmas* (de Paris) cite deux observations à l'appui de la discussion : particulièrement celle d'une jeune fille atteinte d'hébéphrénocatatonie et chez qui les symptômes physiques en imposèrent d'autant plus au début pour une paralysie générale qu'il existait, concurremment, une lymphocytose discrète; celle-ci disparut assez rapidement avec le syndrome paralysie générale. Il y avait donc eu, manifestement, un processus méningo-encéphalique qui aurait pu donner le change à l'endroit des phénomènes moteurs observés.

M. *Dupré* (de Paris), rappelant que la démence précoce se développe facilement sur le terrain de la débilité mentale, exprime le regret que le rapporteur n'ait pas tenté un parallèle entre les troubles moteurs que l'on observe dans ces deux états. Il montre que, tout particulièrement, le négativisme, l'oppositionnisme s'observent très fréquemment chez les débiles et que, d'autre part, la débilité motrice que l'on rencontre chez eux peut en imposer parfois et les faire prendre pour des déments précoces. Il estime qu'il y a là plus qu'un rapprochement à faire et il pense qu'une grande partie des éléments qui constituent le syndrome moteur de la démence précoce appartient à la débilité mentale. Enfin, il marque, lui aussi, son étonnement du paradoxe par quoi se termine le rapport.

M. *Jacquin* (de Bourg) estime que M. Lagriffe n'a pas suffisamment insisté sur le rire, dont l'importance prodromique est considérable. Il aurait voulu aussi que le rapporteur fit place à une description de la main persévératrice et du signe de la poignée de main et qu'il s'étendît un peu plus sur les troubles fonctionnels.

M. *Ameline* (de Chezal-Benoît) croit que l'on pourrait peut-être penser, pour expliquer la variabilité de l'état mental des déments précoces, à l'alternance de fonctionnement des hémisphères cérébraux. En effet, dans la fatigue intellectuelle ou épuisement cérébral, on constate, par exemple, que, chez les écoliers, l'hyposthénie change de côté ainsi que la prédominance de la force dynamométrique. Il se demande si cette alternance ne pourrait pas se marquer aussi dans les ergogrammes.

Après la séance, sous la direction autorisée de M. Giron, le plus savant et le plus aimable des cicerones, visite de la cathédrale, qui renferme un musée religieux fort bien organisé, dont la salle capitulaire contient cette merveille qu'est la fresque des arts libéraux et la sacristie, la bible de Théodulfe qui fit rêver M. Anatole France ; pour terminer, ascension à Notre-Dame-de-France, la vierge monumentale fondue avec les canons pris à Sébastopol.

SAMEDI 2 AOUT. — La séance s'ouvre, à l'heure dite, sous la présidence de M. Dupré, vice-président, par l'exposé du rapport de M. *Monier-Vinard* (de Paris) sur LES ANESTHÉSIES DANS L'HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE.

Depuis le jour où fut signalée l'existence de troubles de la sensibilité au cours des hémiplegies, les travaux se sont accumulés pour élucider la nature, les caractères symptomatiques, les lésions de cette catégorie de manifestations. Ces troubles devaient, en effet, susciter de nombreuses recherches, le sujet étant de ceux qui présentent une complexité particulière d'aspects et de problèmes. Au point de vue pratique, l'un des plus importants a été celui des éléments de diagnostic entre les hémianesthésies fonctionnelles et les hémianesthésies organiques. Longtemps on s'est trouvé dans un

grand embarras pour faire, avec certitude, le diagnostic différentiel entre ces deux types et cette impuissance contribua, maintes fois, à créer de la confusion dans la description de l'un et de l'autre. Bien souvent, il se produit un empiétement de manifestations hystériques sur celles de nature organique et c'est seulement dans ces dernières années qu'une série de travaux, parmi lesquels il convient de citer particulièrement ceux de Babinski, nous fournirent les moyens de séparer formellement les anesthésies névropathiques des anesthésies organiques.

Aujourd'hui que ce départ est fait, se pose alors le problème de la localisation corticale de la sensibilité; c'est dans ce but que l'on s'est attaché à l'étude anatomique des voies de conduction intracérébrales de la sensibilité qui doit mener à la connaissance du siège et de l'étendue de la zone corticale correspondant à cette fonction. Les études de Long, de Roussy sont, à cet égard, curieuses à consulter.

Cependant, l'expérimentation sur l'animal, qui pouvait être si tentante, ne peut être d'un grand profit, et, dans ces conditions, seule la symptomatologie clinique est susceptible de donner des résultats satisfaisants surtout quand elle peut être suivie de l'étude anatomique. De nombreux travaux ont été faits jusqu'ici, et ceux qui ont donné les résultats les meilleurs sont ceux qui ont été inspirés par la méthode d'observation clinique de Head et Holmes. C'est cette méthode qu'a adoptée le rapporteur et il l'a appliquée à un nombre important d'hémiplégiques hospitalisés dans le service de M. Klippel. Elle lui a permis de définir nettement les troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie corticale, puis, dans l'hémiplégie thalamique, avec l'espoir qu'un jour un matériel histologique viendra compléter ses travaux.

Dans ces deux sortes d'anesthésies, il existe des similitudes et des dissemblances. Les similitudes résident dans une prépondérance de la sensibilité profonde, dans l'intégrité relative des sensibilités superficielles, dans la distribution topographique des troubles qui sont plus marqués aux extrémités qu'à la racine des membres et du tronc, enfin dans la superposition des troubles de la sensibilité aux troubles moteurs. Les divergences se remarquent surtout dans l'intensité de l'anesthésie et dans son évolution : l'intensité étant moindre dans l'hémiplégie corticale et la régression y étant aussi plus rapide.

Mais il existe aussi des dissemblances plus délicates : dans l'*hémiplégie corticale*, on remarque une impossibilité de fixer un seuil d'excitation régulier, en raison des troubles de l'attention et de la persistance anormale des sensations ; de plus, la sensibilité à la douleur est la moins atteinte, alors que les sensibilités thermique et tactile le sont plus communément ; mais la perturbation la plus fréquente est celle de la sensibilité musculaire ; or, il existe un lien entre cette perturbation et un autre phénomène que l'on observe, celui de la fausse localisation de la sensibilité. Il en résulte, chez les corticaux, une altération considérable du sens stéréognostique, laquelle est plus marquée que celle des sens élémentaires sur lesquels repose cette stéréognosie ; cette absence de concordance entre la qualité des composantes et celle de la résultante tient à une sorte de déficit mental. Enfin, dans l'anesthésie corticale, on observe des faits curieux touchant la distribution des troubles de la sensibilité qui affecte souvent la forme radulaire et la disposition des anesthésies en bande.

Dans l'*hémiplégie thalamique*, au contraire, en raison de l'absence de troubles de l'attention, on remarque la fixité du seuil des excitations ; on observe aussi que

les altérations du sens stéréognostique sont proportionnelles aux troubles des sensibilités élémentaires. En dehors de cela, on note dans le syndrome thalamique trois ordres de troubles de la sensibilité :

1° Une hémianesthésie persistante, surtout marquée aux extrémités des membres et spécialement à la main et aux doigts. Le degré de cette hémianesthésie est variable, depuis la perte complète de toute sensation, jusqu'à un simple et peu appréciable déficit. Les sensibilités profondes sont toujours les plus atteintes, les notions de position, de mouvements actifs et passifs sont affaiblies, le sens musculaire et le sens stéréognostique sont altérés. Les sensibilités superficielles sont donc généralement bien moins atteintes, en sorte que l'anesthésie chez les thalamiques se présente avec des allures tabétoformes. Les excitations tactiles, douloureuses et thermiques sont ordinairement perçues à partir d'un certain seuil qui reste le même pour chaque malade et pour chaque série d'excitations, et c'est en proportion du déficit observé que le sens stéréognostique est modifié ;

2° On observe ensuite dans l'hémiplégie thalamique des phénomènes douloureux spontanés qui réalisent le type de l'hémiplégie douloureuse de Féré. Ces douleurs ont pour principale caractéristique d'être tardives, de plus en plus accentuées, non localisées et non modifiées par l'analgésie dont elles restent indépendantes. Elles sont aussi sans rapports immédiats avec les phénomènes d'hyperréaction, mais le plus souvent, cependant, il y a chez le même malade association des deux ordres de troubles ;

3° On observe, en effet, fréquemment chez les thalamiques de l'hyperréponse aux excitations d'ordre affectif, plaisir ou douleur, agrément ou désagrément ; les sensations sont en effet ressenties brusquement, d'une façon intense, que ces sensations soient provo-

quées (hyperréaction provoquée) ou qu'elles soient spontanées, à la suite d'une représentation mentale (hyperréaction spontanée). Cette hyperréaction manque toutes les fois que l'anesthésie est complète, ce qui est exceptionnel.

Les principales différences relevées dans les anesthésies consécutives, soit aux lésions corticales, soit aux lésions thalamiques, tiennent à ce que, dans ces dernières, les facultés de jugement et d'attention sont conservées. Enfin, il a été possible de localiser les deux phénomènes les plus importants des anesthésies thalamiques, douleurs spontanées et hyperréaction, à la partie postérieure de la moitié externe de la région thalamique.

DISCUSSION. — M. *Long* (de Paris), après avoir fait du rapport de M. Monier-Vinard un éloge des plus mérités auquel le Congrès s'est associé par des applaudissements prolongés, a exprimé le regret que le rapporteur n'ait pas cru devoir, même au risque d'allonger son rapport, consigner les résultats de son expérience personnelle et donner un aperçu de la technique employée dans ses recherches; cette technique est connue, c'est celle de Head et Holmes, mais il estime qu'il aurait été intéressant d'en résumer les lignes principales. M. Long supplée à la première lacune, qui ne doit être mise que sur le compte de la modestie de M. Monier-Vinard, en donnant connaissance d'observations à longue portée faites dans le service de M. le professeur Bard (de Genève). Ces observations, au nombre de deux, ont donné des résultats discordants et qui ne sont nullement en rapport avec la précision des données fournies par Head et Holmes; celles-ci ont un aspect schématique que la réalité ne semble pas toujours confirmer. Il estime, d'autre part, que la localisation à la partie postéro-externe du thalamus est prématurée.

M. Dupré (de Paris) fait observer que le rapporteur a fait un travail qui montre combien il est difficile de faire de bonne neurologie sans faire aussi de la psychologie et de la psychiatrie; il observe que M. Monier-Vinard n'a pas failli à cette partie de sa tâche. Dans l'espèce actuelle, cette association de la neurologie et de la psychologie normale et pathologique est d'autant plus nécessaire que le terrain psychologique a une importance considérable dans l'examen clinique : en effet, les hémiplésiques sont, soit des débiles, soit des intoxiqués (alcoolisme); soit des déments, soit des individus primitivement sains. Il faut donc tenir compte de ce status dans les recherches de psychologie pathologique dans lesquelles l'individu examiné doit renseigner l'expérimentateur sur les sensations qu'il éprouve; les réponses données aux excitations ont une couleur personnelle dont il faut tenir compte lorsqu'on veut évaluer l'étendue des altérations fonctionnelles.

C'est surtout à ce point de vue que M. Dupré regrette que le rapporteur n'ait pas consacré un paragraphe de son travail aux hystériques et aux simulateurs; il arrive parfois que certains individus présentent un syndrome cénesthopathique qui en impose pour une hémiplegie. Enfin, il ne faut pas oublier qu'il existe des troubles de la sensibilité pré-hémiplegique qui ont été autrefois signalés et décrits par Brissaud. Tout ceci montre que la psychiatrie ne peut pas être séparée de la neurologie, car, comme l'a fort bien exprimé Binet, « toutes les fois qu'on examine la sensibilité, on fait de la psychologie ».

La séance, après une réplique de M. Monier-Vinard, se termine par quelques communications.

Nous entendons d'abord M. Pailhas (d'Albi), qui nous entretient de *l'Application des pensées à l'étude physiologique et pathologique du tonus musculaire*.

Ensuite vient M. Aimé (de Paris), dans *Correction*

du traitement bromuré des crises convulsives par l'adjonction de bleu de méthylène. Grâce à cette association faite sous forme de cachets ou d'injections hypodermiques dans la proportion de 1 de bleu et de 9 de bromure, l'auteur a constaté, chez plusieurs épileptiques, une tolérance plus grande du bromure, une élimination plus facile, une suppression des accidents cutanés et la possibilité d'une réduction des doses ordinairement employées. Cependant, cette association n'entraîne pas une jugulation plus rapide des crises convulsives, mais en revanche, elle améliore l'état mental des malades. Cette méthode est, en somme, une correction heureuse du traitement classique, mais elle n'est encore qu'à l'étude et des recherches en cours laissent espérer davantage.

Cette communication donne lieu à une discussion fort intéressante au cours de laquelle M. *Haury* rappelle que depuis longtemps M. Billard, professeur de physiologie à l'École de Clermont, utilise le bleu de méthylène pour accroître l'action de certains médicaments, particulièrement de la cocaïne, et il nous apprend que depuis plusieurs années les dentistes de Clermont utilisent cette association, grâce à laquelle la dose de cocaïne peut avantageusement être diminuée, dans la pratique de l'anesthésie dentaire.

La soirée est consacrée à la suite des communications qui, par hasard, ont toutes trait à la psychiatrie militaire et maritime.

M. *Haury* (de Clermont-Ferrand) ouvre le feu et nous entretient d'*Un dément précoce engagé volontaire*. Il s'agit d'un individu qui était malade depuis plusieurs années déjà au moment de son engagement et qui dut être réformé après deux mois de présence au corps. Toujours en retard, n'obéissant aux ordres qu'après des incitations répétées, incapable d'exécuter les mouvements les plus simples et les plus habituels, il était,

par surcroît, violent et agressif et il lui arriva de frapper brutalement deux autres soldats. Au point de vue mental, ce malade était apathique, aboulique, incapable d'attention et il présentait des troubles très marqués de la perception et du jugement qui lui enlevaient tout sentiment de la réalité. Avec cela, il souriait ou riait sans motifs, disait des phrases bizarres. Son indifférence émotive et affective était complète, mais il était suggestible et présentait des impulsions motrices. Enfin, on observait chez lui des interprétations délirantes assez nombreuses ainsi que des idées vagues et non systématisées de persécution ayant trait, soit à des inconnus, soit à ses camarades de régiment. Enfin, il n'est pas douteux que l'examen psychiatrique le plus superficiel aurait permis de reconnaître en lui un dément précoce caractéristique. Il est donc incontestable que l'examen psychiatrique s'impose au bureau de recrutement ; lui seul permettra d'éviter que les régiments continuent à recevoir, non seulement des anormaux, mais encore des aliénés qui gênent les officiers et les médecins et qui voient leur situation s'aggraver au régiment.

A propos de cette communication, M. *Lagriffe* (d'Auxerre) dit qu'il y a là tout un courant à remonter. Il cite le cas d'un jeune homme dont la famille n'avait jamais pu venir à bout, qui s'était fait renvoyer de plusieurs maisons d'éducation, qui se montrait paresseux, incapable d'apprendre et dont l'indiscipline, ne faisant que croître avec l'âge, le conduisit aux fugues, au vagabondage et aux actes d'indélicatesse. Le père confia ses alarmes à un chef de corps de ses amis qui conseilla un engagement. Au régiment, le jeune homme resta ce qu'il était avant, accumula fautes sur fautes, n'évita le conseil de guerre que grâce à la bienveillance du colonel et, après toutes sortes de péripéties, il fut réformé. Un an après, arrêté pour un vol de 12.000 francs avec

effraction, il était soumis à un examen médico-légal, reconnu atteint de folie morale évoluant sur un fonds héréditairement taré, relaxé et finalement interné. Ceci prouve que, comme les familles, certains officiers ont le tort de considérer le régiment comme un exutoire, ce qui n'est pas moins dangereux pour les jeunes gens intéressés que pour l'armée elle-même, et qu'il y a lieu de se féliciter que l'autorité militaire ait enfin pris des mesures pour faire cesser cet état de choses.

M. Haury parle ensuite de l'*Expertise psychiatrique à l'engagement volontaire*. Il communique les résultats d'une première application de l'expertise psychiatrique dont il fut chargé au bureau de recrutement de Châlons-sur-Marne. Il lui a été ainsi permis d'opérer une sélection non seulement physique, mais mentale, et d'arrêter au sein du régiment nombre de débiles, de déséquilibrés et de candidats à la folie ; malgré cette double sélection, il a pourtant pu obtenir un pourcentage d'acceptations plus fort que celui obtenu dans les autres bureaux de recrutement ($3/4$ au lieu de $1/2$) ; il dit que cela tient à ce que le médecin militaire non spécialisé, dans un sentiment de défiance très légitime, se montre beaucoup plus sévère et tient notamment compte, dans la crainte où il est de se tromper, des stigmates physiques de la dégénérescence dont on sait la valeur très relative ; il en arrive à être plus difficile que le psychiatre et à contribuer ainsi, par méfiance, à la diminution du nombre des engagements. Par conséquent, l'expertise psychiatrique semble avoir pour conséquence, non seulement d'écarter de l'armée les anormaux, mais encore d'en faciliter l'accès à un plus grand nombre d'individus parfaitement utilisables. C'est dire que la présence du psychiatre est indispensable au bureau de recrutement d'autant que l'engagement volontaire est aujourd'hui la porte d'entrée la plus habi-

tuelle des aliénés dans l'armée. Dans ce but, la circulaire du 29 janvier dernier oblige l'administration à faire connaître tous les sujets, appelés ou réservistes, qui ont fait l'objet d'un placement dans les asiles, mais les engagés restent, à l'heure actuelle, les seuls qui, même après un internement, puissent se faire incorporer.

Après qu'un membre du Congrès eût fait observer que la circulaire du 29 janvier n'a fait que rappeler une obligation déjà ancienne, M. *Granier* demande, à propos de cette circulaire, dans quelle mesure le secret professionnel est gardé par le médecin vis-à-vis des familles et du malade lui-même. Il estime, pour sa part, que si la communication du nom des internés se fait sans diagnostic et par l'intermédiaire de l'administration préfectorale, la question du secret professionnel est pratiquement résolue.

M. *Hesnard* (de Bordeaux). *L'état actuel de l'assistance psychiatrique dans la marine française. Les psychoses des cataclysmes maritimes. L'opium dans la marine.* L'assistance psychiatrique dans la marine, organisée par M. Chéron, est appliquée depuis trois ans et deux services d'observation neuro-psychiatrique fonctionnent actuellement, l'un à Rochefort, l'autre à Toulon. On a déjà observé à Toulon 401 cas de malades nerveux ou psychiques, parmi lesquels des névropathes à crises convulsives, des dégénérés, des alcooliques, des syphilitiques, des paralytiques généraux, des syndromes psychopathiques pour la plupart curables, des déments précoces dont quelques-uns à forme simple, des sursimulateurs et même quelques simulateurs. En somme, surtout des malades d'hôpitaux.

La question des troubles mentaux des catastrophes maritimes a été soulevée surtout à l'occasion des accidents de l'*Iéna* et du *Liberté*. Plusieurs troubles légers, purement névropathiques, ont été observés à leur suite

(états anxieux, névroses traumatiques, troubles amnésiques, reviviscence simple ou hallucinatoire de la catastrophe). Une dizaine d'observations de troubles transitoires a été recueillie (syndrome mélancolique, psychose alcoolique, commotion cérébrale), parmi lesquelles deux observations de confusion mentale dont une fut particulièrement intéressante : sujet jeune, sans tares apparentes, ayant présenté une phase de préparation après une période de lucidité très active au moment même de l'accident. Au cours de la psychose, on observa une rétention urinaire qui se termina, à la fin de la maladie, par une débâcle hydrique et chlorurée. On peut se demander s'il ne s'agissait pas là d'une auto-intoxication consécutive à la libération dans l'organisme de poisons endocriniens, lesquels auraient été élaborés par le système endoglandulaire à la suite de troubles inhibiteurs du grand sympathique d'origine émotive ?

La question de l'opium dans la marine a fait les frais d'une récente campagne de presse dont les effets les plus certains ont été des exagérations donnant à croire au grand public que tout officier de marine est suspect d'intoxication. Or, différents en cela des toxicomanes des ports dont les tares mentales sont manifestes, les officiers de marine, pour la grande majorité sélectionnés et hommes d'action, fument pour des causes (snobisme, contagion, désir d'intimité, charme des fumeries, curiosités, etc.) en grande partie occasionnelles et tenant au milieu. Les grands intoxiqués y sont rares, quoi qu'on en dise, et les fumeurs sont, presque tous, des fumeurs d'occasion et de petits intoxiqués. On fume fort peu à bord, et tous les officiers sont d'accord pour déclarer nécessaires les répressions les plus rigoureuses contre cette pernicieuse et dangereuse habitude. La prophylaxie spéciale du milieu maritime doit se proposer pour but d'éclairer les officiers sur des dangers

qu'ils ignorent, de solliciter leur bon sens, de leur montrer la part exacte de l'illusion littéraire, de modifier la mentalité collective sur les opinions touchant la drogue, en un mot, de traiter non une intoxication chez des gens tarés, mais une mode dangereuse chez des gens intelligents et cultivés.

M. *Dupré* (de Paris), remarquant que la question des catastrophes soulève celle des psychoses émotives dans leurs rapports avec l'hystérie, demande si M. *Hesnard* a observé des troubles hystériques. La phase de préparation de certains de ses malades pourrait faire penser à la phase de méditation des accidents névropathiques. M. *Hesnard* n'a observé de troubles hystériques que chez les sujets entachés préalablement par la névrose et repérés comme tels. Pour ce qui est de la phase de préparation, il y voit surtout une présomption en faveur de l'origine toxique de la psychose, laquelle serait secondaire, comme le sont les psychoses cliniquement identiques des chocs chirurgicaux et dont la nature autotoxique ne fait pas de doute.

A M. *Lépine* (de Lyon), cette question des psychoses émotives rappelle un certain nombre d'observations intéressantes de troubles nerveux et psychiques d'origine traumatique et où le traumatisme moral avait joué un rôle prépondérant. M. *Lépine* a pu, lui aussi, observer des phénomènes urinaires analogues à ceux consignés par M. *Hesnard*. On pourrait mettre cette rétention urinaire sur le compte d'une inhibition sécrétoire d'origine émotive; mais alors, comment expliquer l'amélioration manifeste du trouble nerveux ou mental, juste au moment où se produit la régularisation de la fonction urinaire? M. *Lépine* ajoute que les malades qu'il a observés à ce point de vue étaient des arthritiques, et que la thérapeutique dirigée contre cette diathèse lui a semblé hâter leur guérison; il se trouve que

précisément l'un d'eux était un des rescapés de l'*Iéna*.

M. *Delmas* (de Paris) a eu l'occasion de s'entretenir avec des officiers opiomanes traités dans une maison de santé; il a été frappé de leurs idées étranges sur l'opium qu'ils considèrent comme plein d'attrait, sans danger et capable d'exercer sur la santé une influence plutôt favorable. Il partage donc le sentiment de M. *Hesnard* sur la nécessité d'une prophylaxie surtout morale.

M. *Régis* (de Bordeaux) résume la discussion en montrant quel profit la psychiatrie a tiré de l'assistance des aliénés dans l'armée, dans la marine, dans les colonies et combien de questions cette assistance permet d'étudier : démence précoce dans l'armée, secret médical à la caserne, au conseil de revision, simulation, psychoses exotiques (paludisme, trypanosomiase, etc.). Avec M. *Haury*, il insiste sur ce point que le danger redouté par le commandement d'une sélection mentale qui tarirait les sources du recrutement par voie d'engagements volontaires est sans fondement et que, bien au contraire, on a tout avantage à utiliser les psychiatres. Pour ce qui est des psychoses consécutives aux grands cataclysmes, il pense, comme M. *Hesnard*, que la théorie des auto-intoxications est la seule qui soit susceptible d'expliquer les apparences cliniques de ces psychoses, surtout la phase de préparation ou d'élaboration des toxines et la rétention urinaire avec débâcle terminale. Il attache à ce dernier signe une importance capitale dans toutes les psychoses toxiques.

MM. *de Santi* et *Voivenel* (de Toulouse). *A propos de quelques observations d'aliénés et de névrosés devant le conseil de guerre*. Les auteurs présentent sous ce titre un certain nombre d'observations, qu'à dessein ils ne considéreront qu'au point de vue médico-légal militaire. Ils envisagent successivement les questions de filtration et d'élimination, présentent des cas d'aliénés

méconnus, de « bons absents », de débiles légers, à qui le service fut utile et citent enfin le cas d'un soldat qui déserta sous l'influence d'un subdélire passager de nature infectieuse. Ils estiment que l'augmentation numérique des cas d'aliénation mentale dans l'armée n'est qu'une preuve des progrès de l'examen médical; qu'il faut obéir, autant qu'il sera possible, aux prescriptions de la circulaire du 3 juin 1897 et réformer tout homme atteint d'aliénation mentale; que la débilité est l'affection la plus fréquente chez le jeune soldat, l'officier et le sous-officier ayant une pathologie mentale différente; ils estiment, enfin, que l'examen mental préalable de tout prévenu est nécessaire. Après avoir insisté sur la nécessité d'une collaboration du maire, de l'officier et du médecin, les auteurs croient aussi à la nécessité d'une collaboration de l'instituteur à cette œuvre de défense sociale. Ils espèrent que l'armée profitera des efforts accomplis pour l'éducation des anormaux et des arriérés scolaires et qu'un jour viendra où, aux renseignements officiels, on devra joindre obligatoirement les renseignements précieux fournis par l'éducateur mis en contact journalier avec un organisme qui se développe physiquement et psychiquement.

La séance se termine par une communication de M. Truelle (de Neuilly-sur-Marne) sur *Un cas d'hémi-anesthésie corticale sans paralysie motrice, avec autopsie.*

DIMANCHE 3 AOÛT. — La journée est consacrée à une excursion à la Chaise-Dieu. Au passage, nous saluons les Orgues d'Espaly, production basaltique; nous visitons le délicieux petit château de Laroche-Lambert, hanté par le souvenir de George Sand et par celui de Pouyer-Quertier; après un coup d'œil au lac de Malagnuet, nous arrivons à la Chaise-Dieu, où nous retrouverons d'autres souvenirs; cependant qu'au long de la

route la traversée de quelques villages nous replonge, pour un instant, dans la plus vulgaire des réalités : nous apprenons que le citoyen Clodomir X... est le plus républicain de tous les candidats aux élections cantonales qui se jouent présentement et que voter pour le citoyen F... c'est voter pour l'anarchie. Et si les mêmes affiches ne déshonoraient pas les murs du cloître où le cardinal de Rohan expia, pour un moment, les erreurs de l'Affaire du collier, nous pourrions oublier plus longtemps que la souveraineté du peuple et les droits de l'homme sont l'équivoque sur laquelle nous vivons depuis plus de cent ans. Cependant, la visite minutiense des stalles, du jubé, des tapisseries, de la danse macabre, du tombeau de Clément VI, de la tour Clémentine, du buffet d'orgue, etc., constitue une diversion que, seules, les nécessités alimentaires peuvent interrompre.

Au dessert, M. le D^r Dorel (de Brioude), président du Syndicat automobile de l'Auvergne, dont la présence à notre Congrès a été précieuse pour tout le monde, nous souhaite aimablement la bienvenue dans l'arrondissement au nom du Syndicat médical de Brioude, l'un des plus vieux syndicats médicaux de France, et M. le D^r Crocq (de Bruxelles), dans une de ces improvisations spirituelles dont il a le secret, nous dit combien il a souffert de s'être trop longtemps tenu à l'écart de nos Congrès, se compare à l'exilé qui revoit avec joie la mère patrie et nous énumère les probabilités de ses origines purement françaises. Le retour, par Bellevue, Vorey et la vallée de la Loire, est un enchantement.

Le soir, réception offerte par le Président et les membres du Congrès et à laquelle assistent de nombreux médecins de la ville. M^{me} et M^{lles} Arnaud font les honneurs de cette réunion avec une courtoisie charmante, et je pense que vraiment Roger Dupouy a eu tort de ne pas venir, car l'on danse.

LUNDI 4 AOÛT. — La séance du matin est consacrée à l'exposé et à la discussion du troisième et dernier rapport :

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES CHEZ LES ALIÉNÉS, AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE ET MÉDICO-LÉGAL, par le D^r *Lucien Picqué* (de Paris). — M. Picqué a limité son rapport aux opérations pratiquées pour des affections extracérébrales et, envisagé sous ce rapport, le sujet est d'ailleurs suffisamment vaste. Ce n'est pas que, depuis longtemps, les aliénistes n'aient pensé que des lésions périphériques pouvaient être la cause de certains troubles mentaux. C'est ainsi que, pendant des siècles, le rôle de l'utérus a été invoqué dans la genèse de certaines psychoses : il suffit de rappeler, à ce sujet, les travaux de Loiseau sur la folie sympathique. A notre époque, l'étude de certaines fonctions, poursuivie surtout par les physiologistes, a permis de mieux préciser l'influence de certains organes ; il suffit de rappeler toutes les recherches qui ont été faites sur les sécrétions internes et l'on sait aujourd'hui, par exemple, combien les troubles fonctionnels de la glande thyroïde ont d'importance dans l'étiologie de certains délires. D'un autre côté, les processus infectieux intéressant le foie ou le rein peuvent donner lieu à des troubles mentaux. Enfin, pour ne pas insister sur toutes les conséquences psychiques des troubles fonctionnels ou anatomiques des autres glandes de l'organisme, on sait que l'hypochondrie, considérée naguère comme ayant une origine exclusivement cérébrale, est regardée, à l'heure actuelle, par certains aliénistes, comme étant de nature périphérique et consécutive à l'interprétation fautive de sensations réelles ; l'on peut dire que tous admettent aujourd'hui l'existence de formes symptomatiques de l'hypochondrie.

Chez les hystériques aussi, d'ailleurs, des réactions

psychiques peuvent être engendrées par un processus analogue.

Il résulte de tout ceci une première indication opératoire chez les aliénés, savoir : viser à la suppression d'une lésion véritable, lorsque cette lésion est considérée comme la génératrice du délire. Malheureusement, dans la pratique, cette dernière notion n'est pas toujours évidente, d'autant que la coexistence d'un délire et d'une lésion périphérique n'implique pas forcément un rapport de causalité ; le premier devoir de l'aliéniste et de l'opérateur est donc de rechercher si la lésion constatée est ou n'est pas en relation avec le délire.

Lorsque l'intervention opératoire est décidée en toute connaissance de cause, il faut, en deuxième lieu, et ceci n'est pas moins important, fixer la méthode à employer, car, de cette méthode, dépendra bien souvent le résultat mental de l'intervention ; en effet, après l'opération, le délire peut s'aggraver, persister ou guérir. Le choix de la méthode devra donc se faire, suivant les circonstances, entre l'intervention sanglante et la chirurgie conservatrice. Enfin, même lorsque l'intervention sanglante est décidée, il convient toujours, en se basant sur l'état mental, de choisir entre les différentes techniques, et ceci est encore une complication nouvelle.

Par conséquent, hors le cas où la vie du malade est immédiatement menacée et où, par conséquent, les indications restent les mêmes que chez les individus mentalement sains, les indications opératoires sont délicates à établir chez les aliénés parce qu'elles sont conditionnées par deux nécessités : 1° celle de savoir s'il faut opérer ; 2° celle de savoir comment il faut opérer, si l'opération est utile et comment il faut la conduire pour qu'elle le soit.

La chirurgie des aliénés apparaît donc, dès mainte-

nant, comme une des branches très spéciales et très délicates de la chirurgie générale.

Au point de vue médico-légal, la question n'est pas plus aisée. Si l'aliéné est un malade qui, comme tous les autres, a le droit de profiter de toutes les ressources de la thérapeutique tant médicale que chirurgicale, il est aussi un mineur dont le consentement est toujours litigieux. Or, par une regrettable lacune, la loi de 1838 a bien prévu la conservation de ses biens (?), mais non celle de sa santé (??). Aucun texte ne permet au chirurgien d'organiser d'une façon régulière l'assistance chirurgicale des aliénés, et la société qui interne d'office un malade, n'a pas le droit légal de le soigner ; il en résulte la nécessité de demander, préalablement à toute intervention, l'autorisation des familles qui peuvent la refuser et qui la refusent parfois pour des motifs inavouables.

C'est pourquoi, en terminant, M. Picqué demand au Congrès d'émettre un vœu tendant à obtenir du législateur les moyens légaux nécessaires pour remplir, comme il convient, les indications opératoires chez les aliénés.

DISCUSSION. — M. *Lagriffe* (d'Auxerre) fait remarquer que la chirurgie des aliénés est d'autant plus délicate que parfois le bistouri du chirurgien se retourne contre lui-même. A ce propos, il cite le cas d'un individu qui, souffrant de troubles vagues au niveau de la sphère génitale et les attribuant à un varicocèle léger, alla trouver un chirurgien qui consentit à l'opérer. Les troubles ne cessèrent pas ; le malade poursuivit le chirurgien de plaintes, de récriminations, l'accusant de l'avoir stérilisé et le tout se termina par un coup de revolver qui, heureusement, manqua son but. A la suite de cela, le malade fut interné : c'était un fou moral caractéristique, présentant du délire d'interprétation et

qui mourut peu de temps après son internement d'un cancer du rectum haut placé.

M. Régis (de Bordeaux), après avoir rappelé que la question de l'origine extracérébrale de la folie est aussi ancienne que la médecine historique, dit que croire que c'est au chirurgien qu'il appartient de préciser les relations qui peuvent exister entre l'aliénation mentale et le traitement opératoire est une erreur ; le psychiatre doit avoir le rôle principal et le chirurgien ne doit être que son collaborateur parce qu'il ne possède pas les éléments suffisants à la solution du problème. La meilleure preuve en est fournie par le rapport lui-même qui, malgré la valeur reconnue de son auteur qui est, à l'heure actuelle, le chirurgien de France qui est le mieux averti en médecine mentale, renferme des erreurs psychiatriques nombreuses. Il faut, dit M. Régis, que la chirurgie reste cantonnée dans ses attributions et que le chirurgien n'intervienne que quand l'aliéniste le fait appeler ; en dehors de cas fort rares, que ce dernier peut seul préciser, la chirurgie ne saurait être considérée comme un traitement de la folie.

M. Dupré (de Paris) ne peut que souscrire à ce qui vient d'être dit par M. Régis ; il montre que certaines guérisons attribuées par le rapporteur à l'intervention chirurgicale peuvent aussi bien être rapportées à l'évolution normale de la maladie. La grande notion de l'intermittence des troubles psychiques domine la question de la guérison des maladies mentales.

Il regrette que le rapporteur n'ait pas parlé des cénesthopathes qui assiègent les cabinets de tous les spécialistes, dont certains, ayant subi toutes les pexies, finissent par tomber, enfin, entre les mains de l'aliéniste, et qui, parce que le chirurgien ignorera toujours leur destinée ultime, grossissent et bonifient les statistiques d'améliorations et de guérisons. Enfin, il

aurait été bon de parler des individus atteints de délire de possession, de zoophilie interne ou de folie opératoire, sans oublier le long martyrologe des chirurgiens poursuivis par leurs anciens opérés.

M. *Gilbert Ballet* (de Paris) dit qu'il est mauvais et dangereux de dire que l'intervention chirurgicale peut guérir la folie ; elle peut être utile dans certains cas de confusion, mais ni la mélancolie, ni la manie, qu'il ne faut pas confondre avec la confusion avec agitation ou dépression, ne peuvent être modifiées par elle. Il insiste sur la nécessité d'une terminologie précise et d'un diagnostic rigoureusement exact.

M. *Jacquin* (de Bourg) fait remarquer que, contrairement à l'opinion émise par le rapporteur, la loi de 1838 ne prive les aliénés d'aucun des soins qui leur sont nécessaires, que jamais cette loi n'a empêché les médecins d'asile de faire ce qui est leur devoir et que rien ne s'oppose, ni dans la loi, ni dans les règlements, à ce que les interventions nécessaires soient pratiquées.

Il résulte de cette discussion qu'il ne semble pas nécessaire de faire appel au législateur pour modifier un état de choses qui n'est en rien préjudiciable aux intérêts matériels et moraux des aliénés ; ceux-ci, en dehors de ces exceptions que comportent toutes les règles générales et que ne pourrait faire disparaître une réglementation nouvelle, reçoivent dans les asiles tous les soins médicaux et chirurgicaux que leur état nécessite. Contrairement à ce qui a été imprimé dans certains journaux et particulièrement dans le *Journal des Débats*, prématurément informé, le Congrès n'a émis aucun vœu concernant la chirurgie des aliénés.

Le soir, séance à l'asile de Montredon : MM. *Sérieux* et *Libert* (de Neuilly-sur-Marne) présentent *Un cas de délire d'interprétation. Forme hypocondriaque*. A côté des délires qui prennent racine dans les interprétations

exogènes, il en existe d'autres qui naissent d'interprétations endogènes ; c'est ce qui s'est produit dans l'observation des auteurs qui concerne une femme dont le délire repose uniquement sur des interprétations erronées des troubles de la ménopause. Cette malade, âgée de quarante et un ans, fille d'alcoolique, fut arrêtée en 1912 pour tentative de meurtre sur son patron ; elle accusait ce dernier de lui avoir administré de la cantharide en vue de développer chez elle une folie érotique. En réalité, la malade souffrait de troubles relevant, les uns du surmenage, les autres de la ménopause, de l'insuffisance ovarienne. Cette observation tire son intérêt de ce fait que les fausses interprétations reposent sur des sensations véritables et de ce que la ménopause est susceptible de jouer un rôle dans la genèse du délire d'interprétation.

MM. *Puillet* et *Morel* présentent une note fort intéressante sur *La paranoïa d'involution*. C'est une psychose qui se développe au moment de la ménopause et qui se traduit par des idées de préjudice et de grandeur ; elle n'aboutit jamais à la désagrégation mentale ni à la démence. Les auteurs rappellent le travail d'ensemble fait par *Kleist* en 1912 et dans lequel est bien mise en relief la constitution paranoïaque sur laquelle se développe ce délire. *Kleist* accorde une influence assez grande aux troubles des perceptions : illusions et hallucinations, ce qui différencie cette paranoïa d'involution d'avec la forme tardive du délire d'interprétation de *Sérieux* et *Capgras*. On observe de plus, mais rarement, des hallucinations qui prennent une part active à la constitution du délire. L'état intellectuel est, lui aussi, marqué au coin de l'involution : état improductif, bavardage pauvre et uniforme, persévération, fuite des idées, amour des détails. En général, la dépression domine. Au point de vue étiologique, en

dehors des causes sociales qui sont les mêmes que dans les autres formes de la folie, on note l'influence des déboires personnels, de la solitude, de la vie sexuelle et la plus grande fréquence chez la femme. Kleist attribue le principal rôle à la ménopause et à la constitution paranoïaque.

A ces notions, les auteurs ajoutent celles d'une distinction nécessaire avec la psychose systématisée progressive, avec la psychose hallucinatoire chronique et la difficulté où l'on se trouve de séparer nettement cette psychose d'avec le délire d'interprétation dont elle ne paraît être qu'une forme particulière.

M. Jacquin (de Bourg). *Le signe de la poignée de main dans la démence précoce et le signe de l'engelure.*

— Sous le nom de signe de la poignée de main, l'auteur réunit toutes les réactions motrices et psycho-motrice de la main du dément précoce invité à faire ce geste familier : négativisme, suggestibilité, maniérisme et stéréotypie. Ces diverses réactions qui tiennent presque toutes à la catatonie, restent isolées ou s'associent, mais elles donnent toutes à la poignée de main de ces malades un cachet très spécial qui ne trompe que rarement. Faciles à observer, ces réactions appartiennent, par surcroît, à la période prodromique. Leur recherche est d'autant plus précieuse qu'elle permet d'observer, en outre, un certain nombre de manifestations qui pourraient passer inaperçues : hyperhydrose palmaire, cyanose, refroidissement, pseudo-œdème qui parviennent à réaliser parfois une disposition qui rappelle l'engelure, laquelle est, au surplus, fréquente dans la démence précoce. M. Jacquin estime que ces symptômes méritent, par leur précocité, d'être rangés parmi les signes d'alarme de la démence précoce.

MM. Dupré, Terrien et Le Savoureux : *Bouffées de délire de nature imaginative.* — Deux observations :

jeune homme de vingt-cinq ans qui, tout d'un coup, se montre soucieux, distrait, taciturne, violent et agressif et prétend attendre le paiement d'une somme de 1.300.000 francs qu'il vient de gagner dans un pari avec son ancienne patronne. A l'infirmerie du Dépôt, le malade a perdu le souvenir de la période prodromique de distraction, il déclare avoir dormi et maintient sa conviction du pari gagné. Cette idée absurde persiste seule et le malade déclare ne vouloir l'abandonner que si sa patronne vient lui jurer n'avoir jamais tenu un tel pari. C'est ce qui se produit; le sujet abandonne cette idée et son attitude démontre aujourd'hui la réalité de sa guérison. On ne trouve dans les antécédents aucune cause toxique ou névrosique de nature à expliquer les phénomènes observés. Cependant, depuis quelque temps, il existait un état paranoïaque de méfiance et d'interprétation morbide. Après une certaine amélioration de cet état, il y avait eu reprise des occupations et c'est alors que survint l'idée délirante qui apparut comme une bouffée imaginative transitoire. En raison de la brève période d'état psychique avec amnésie consécutive, on pourrait assimiler cela aux états seconds, somnambuliques, vertigineux, sans pouvoir cependant préciser l'origine exacte de la fabulation délirante.

La seconde observation concerne un débile de vingt-trois ans, instable, irrégulier qui, après quelques jours de fatigue et d'excès de boissons, eut, au cours d'une partie de canotage avec une amie de rencontre, la conviction que cette amie était devenue la reine d'Anvers. Il conforma immédiatement sa conduite avec cette croyance et l'accompagna de quelques interprétations rétrospectives. Resté cependant lucide, le malade renonça, après huit jours, à ses convictions délirantes, se déclarant incapable d'expliquer ses « loufoqueries ».

M. *Hesnard* (de Bordeaux) fait observer que ces

idées « imaginatives » ressemblent à s'y méprendre à certaines idées post-oniriques. L'épisode de courte durée qui, chez le premier malade, précéda l'invasion de la conviction délirante est difficile à définir, mais il a abouti à un état d'inconscience et de demi-conscience qui présente les plus grandes analogies avec les états oniriques ; on peut aussi bien admettre dans ces conditions et parce qu'on n'est pas certain qu'il n'ait pas on déliré ou rêvé, que l'idée en question est un reliquat post-onirique. Le sommeil n'est pas nécessaire pour caractériser l'onirisme. Une obnubilation transitoire, comme une courte et fugitive confusion mentale de quelques minutes, ou un vertige épileptique, etc., pourrait très bien expliquer la genèse d'une telle idée délirante.

M. Régis partage le sentiment de M. Hesnard. Cette idée délirante peut très bien s'expliquer par ce fait qu'elle aurait été puisée dans l'automatisme du malade, d'autant plus qu'il a existé un intervalle d'obnubilation psychique, prouvé par le fait d'une lacune amnésique. Or, un tel mécanisme est de tout point analogue à celui qui préside à la formation des idées post-oniriques et post-somnambuliques.

A quoi M. Dupré répond que l'existence d'un épisode, aussi bref soit-il, de confusion ou de délire onirique n'est pas démontrée et que la pathogénie invoquée par MM. Régis et Hesnard est, pour le moins, aussi hypothétique que celle à laquelle il se rallie.

M. Ameline (de Chezal-Benoît) nous parle de l'*Affaiblissement de la nocivité d'un traumatisme épileptisant et de la syphilis acquise ou héritée avec l'ancienneté de leur action sur l'organisme.*

Dans des travaux antérieurs, l'auteur a recherché la loi d'évolution de l'épuisement cérébral, montré que cette loi n'est pas spéciale à la fatigue intellectuelle, mais qu'elle régit l'évolution de processus ayant la durée

parfois de toute l'existence, tension artérielle, fréquence du pouls, élimination de l'urée et de l'acide carbonique. L'activité, évaluée numériquement, du cerveau, du cœur, des poumons et des reins, s'épuisant peu à peu avec les progrès de l'âge en tendant vers une limite selon une progression géométrique.

Poursuivant ses recherches, et utilisant toujours des travaux dont l'objet et le but sont tout à fait différents des siens, il a pu se rendre compte que la prédisposition héréditaire à la folie, d'une part, suivait la même loi que l'épuisement cérébral, et, d'autre part, était comparable à l'infection tuberculeuse, l'activité de ces processus morbides (à laquelle s'oppose la résistance de l'organisme) s'épuisant de la même façon avec les progrès de l'âge.

Aujourd'hui, il compare encore une affection cérébrale et une maladie ordinaire considérée dans une première et une deuxième génération : épilepsie traumatique et syphilis acquise ou héritée.

L'examen des courbes est tout à fait convaincant. On voit d'abord qu'un processus biologique peut suivre avec une extrême rigueur une loi exprimable par une formule précise.

L'auteur en tire les conséquences suivantes :

La prédisposition héréditaire à la folie, ou dégénérescence mentale, mérite bien d'être considérée comme une espèce nosologique, puisqu'elle est tout à fait analogue à des processus morbides bien déterminés et classés, héréditaires ou acquis comme un traumatisme, la syphilis, la tuberculose.

On peut signaler aussi l'importance que pourra prendre la loi d'évolution en question dans l'Engénique : en effet, cette loi se rattache étroitement à la loi de Galton-Pearson. Il en résulte notamment qu'en ce qui regarde les transmissions héréditaires, les vues hypo-

thétiques de Mendel rencontrent, dans ces recherches, des objections précises et graves si on veut les appliquer à des individus d'une même espèce ou variété.

MM. J. et H. Bonhomme (du Puy) : *Note sur l'emploi d'un vomitif dans la prophylaxie et le traitement des accès périodiques.* L'empirisme a conduit les auteurs, en présence de l'inefficacité absolue des agents thérapeutiques et, dans le même ordre d'idées qui fait recommander des purgatifs, à s'adresser à l'émétique, qui est un médicament inoffensif. Ils ont usé soit de l'émétique seul (0 gr. 05 à 0 gr. 08), soit de la formule, si anciennement connue, de l'éméto-cathartique. Ils ont reconnu que les indications de cette méthode étaient les suivantes : crise maniaque franche, stupeur maniaque, confusion mentale primitive. La médication doit être administrée dès l'apparition du signal-symptôme ; le vomissement leur a semblé être nécessaire pour obtenir un effet durable. Les auteurs croient pouvoir expliquer les bons effets obtenus dans une pratique très ancienne, par la désintoxication et par l'excitation de toutes les réactions de défense de l'organisme.

M. Gilbert Ballet, après quelques observations de M. l'inspecteur général Granier, fait voter par le Congrès un vœu tendant à ce que le Sénat ne vote le projet de loi sur les aliénés qu'après une enquête technique dont pourrait s'inspirer le rapporteur de sa Commission. M. Gilbert Ballet a surtout en vue d'éviter l'intervention judiciaire dans les placements, l'obligation de la déclaration des aliénés soignés dans leur famille ou dans un asile de l'étranger. Il n'est pas douteux que le nouveau projet, après avoir élevé, enfin, les aliénés à la dignité de malades, finirait, en dernière analyse, par les traiter comme des malfaiteurs et à méconnaître le principe de la discrétion que la loi de 1838 ne respectait déjà pas assez.

Le Congrès émet, ensuite, le vœu que soit créé un Comité international qui serait chargé de donner son avis sur la date des divers Congrès qui finissent, malheureusement, par chevaucher les uns sur les autres.

Quelques titres de communications annoncées :

MM. *Coulonjou* et *Condomine* (de Bassens) : *Trophœdème chronique, en apparence non familial, ni héréditaire, dans un cas de manie chronique, suivie de démence.*

MM. *Coulonjou* et *Devaux* : *Méningisme cérébro-spinal avec hypertension du liquide céphalo-rachidien, survenu au cours d'une confusion mentale; guérison des deux états.*

A l'issue de la séance, les congressistes passent dans le parloir de la section des femmes, où un buffet a été dressé. Là, M. le Supérieur général de l'ordre des religieux et religieuses de Sainte-Marie-de-l'Assomption souhaite à tous la bienvenue à l'asile de Montredon, et M. le président Arnaud, en le remerciant de l'hospitalité que la congrégation a bien voulu donner au Congrès, loue le dévouement connu d'un ordre qui se consacre exclusivement aux soins à donner aux aliénés. Il se fait l'interprète de tous en félicitant le Supérieur des efforts faits par sa maison pour suivre, d'aussi près qu'il est possible, les progrès de l'assistance, efforts dont la visite qui suit est une éclatante confirmation. On cause un moment, par petits groupes, on se rafraîchit, puis, accompagnés par M. le Supérieur, par M^{me} la Supérieure, par M. le D^r Bonhomme et par nos autres collègues de l'asile, MM. Suttel et Abrial, nous commençons la traversée des quartiers, coupée par un repos sur le plateau ensoleillé qui termine l'asile.

C'est le 25 juin 1850 que les religieuses de Sainte-Marie-de-l'Assomption, modestement installées dans une petite maison, reçurent leurs premiers malades; six

mois après, des religieux leurs furent adjoints pour les soins à donner aux hommes. Peu à peu l'établissement s'est agrandi, des traités spéciaux lui ont donné les fonctions de l'asile public, et, aujourd'hui, le nombre des malades hospitalisés dépasse 1.500. Ceux qui ont vu l'asile il y a quatre ou cinq ans le reconnaissent à peine, tant les améliorations ont été, dans ces dernières années, considérables et rapidement menées. Nous signalerons particulièrement un pensionnat dans la section des dames qui est parfaitement bien agencé, élégant même et pourvu de tout le confort que l'on soit en droit de demander, aujourd'hui, à un tel établissement. Comparé à bien des asiles publics, l'asile de Montredon est un palais que beaucoup de départements pourraient envier à la congrégation de Sainte-Marie-de-l'Assomption.

Cette visite clôture la partie scientifique du Congrès, qui n'a été, jusqu'ici, interrompue que par la visite de la Chaise-Dieu. Le MARDI 5 AOUT, nous quittons Le Pay à la première heure, nous nous acheminons vers le Mézenc et, à 11 heures du matin, nous nous retrouvons tous à plus de 1.700 mètres d'altitude, car personne n'a reculé devant une ascension, d'ailleurs très aisée. Mais lorsque, quelques heures plus tard, nous arrivons au pied du Gerbier-des-Joncs, seuls, quelques intrépides accomplissent une montée plus âpre, pendant que les autres rendent aux sources de la Loire une visite de courtoisie. Nous repartons bientôt pour le lac d'Issarlès, où nous arrivons tant bien que mal au milieu d'un orage épouvantable qui, avec un accident heureusement sans suites fâcheuses survenu le dimanche précédent au départ de Laroche-Lambert, sera la seule note discordante du Congrès, et ceci est peu. Le retour, par le Monastier à l'église curieuse, s'effectue sous un ciel plus clément.

MERCREDI 6 AOUT. — L'excursion au lac du Bouchet ne le cède en rien à ses devancières. Il serait difficile de tout citer, mais nous ne pouvons nous retenir d'envoyer un souvenir à la vision de Goudet et à son impressionnant panorama.

Au Bouchet, après le déjeuner sous les arbres et dans la fraîcheur des bords du lac, M. le président Arnaud, remerciant d'un mot aimable tous ceux qui ont contribué à la réussite du Congrès, parmi lesquels il n'oublie que lui-même, clôt la session du Puy ; M. Boyer, président du Syndicat d'initiative du Velay, nous remercie au nom de sa petite province du choix qui a été fait du lieu de notre réunion et il espère que nous garderons longtemps le souvenir des aspects pittoresques, grandioses et émouvants du Velay.

M. le Dr Suttel, qui a été pendant tout le temps de notre séjour le plus aimable, le plus dévoué et le plus habile des organisateurs, dans une allocution essentiellement psychiatrique, s'excuse de n'avoir pas mieux fait ce qu'il a fait et qui était irréprochable.

Puis, nous rentrons au Puy, où aura lieu le lendemain la dislocation : les uns regagneront leurs foyers et les autres, profitant d'une occasion, primitivement non prévue, se rendront à l'invitation de la Société des eaux de Vals.

Et maintenant, faut-il dire adieu à nos asiles, à nos congrès désormais inutiles ? Il semblerait qu'il en dût être ainsi à la lecture de certains journaux : voici qu'on nous annonce la cure radicale de certains états par les injections d'oxygène et de tous les autres par le radium. Tant mieux. Les Français qui ont trouvé cela, qui est à la portée de toutes les bourses, et ceci qui ne l'est pas, auraient pu ne pas oublier que leurs découvertes eussent vivement intéressé leurs compatriotes réunis au Puy, ce qui n'empêchait pas une consécration ultérieure au

Congrès de Londres. Mais, peut-être, les journaux ont-ils exagéré : il y a si longtemps, depuis le terre-plein du Pont-Neuf jusqu'à nos jours, qu'on nous offre des panacées, que l'un se flatte de guérir le cancer, l'autre la tuberculose ou la syphilis ! En attendant, contentons-nous d'étudier les symptômes et surtout l'étiologie de la folie ; il nous restera ensuite suffisamment de temps pour tâcher de parfaire notre thérapeutique : celle-ci ne peut tenir dans une formule. Nous verrons à Luxembourg ce qui restera de toutes celles qu'on nous propose.

En effet, la session de 1914 se tiendra à Luxembourg.

Président : M. DUPRÉ.

Secrétaire général : M. le D^r BUFFET (de Luxembourg).

Secrétaire général adjoint : M. LALANNE (de Maréville).

Rapports : *Les psychoses post-oniriques* ; rapporteur : M. DELMAS (de Paris).

La maladie de Basedow ; rapporteur : M. ROUSSY (de Lyon).

Les maladies mentales professionnelles ; rapporteur : M. COULONJOU (de Bassens).

La session de 1915 aura lieu, en principe, à Besançon.

LUCIEN LAGRIFFE.

Pathologie.

UN CAS DE DÉLIRE D'INFLUENCE

PAR

J. SÉGLAS, et **L. BARAT,**

Médecin de la Salpêtrière, Interne des hôpitaux.

Dans la séance du 24 février 1913, le D^r Mignard a présenté à la Société médico-psychologique l'observation très intéressante d'une malade, chez laquelle un délire d'influence s'est développé sur le terrain de l'obsession émotive.

Cette communication nous a engagé à publier le cas suivant qui offre un certain nombre de points de contact avec celui du D^r Mignard.

Le 11 décembre 1912, M^{me} Louise G..., âgée de quarante-quatre ans, institutrice, nous est amenée à la Salpêtrière par son mari et sa belle-sœur. On nous apprend que, les jours précédents, au cours d'un état anxieux entrecoupé de paroxysmes bruyants et désordonnés, elle a manifesté l'intention de se suicider et s'est même plusieurs fois, dans ce but, approchée de la fenêtre. Le matin de son entrée, elle avait, chez elle, tenté de se couper la main droite avec une hachette maniée de la main gauche, et s'était fait ainsi quatre blessures assez profondes. Cette automutilation n'avait pas le caractère d'une tentative de suicide. C'était une sorte d'essai de délivrance et de purification, car la main droite portait une petite tache ecchymotique, stigmata pour la malade d'une puissance malfaisante qui la tenait sous sa domination. M^{me} G... se présentait, en effet,

comme victime d'un « hypnotisme matérialiste » qui la poussait à des actes honteux ; et, malgré le soutien que lui apportait un autre hypnotisme bienfaisant, celui-là (l'hypnotisme des prêtres ou du couvent), elle se sentait perdue, ayant récemment fait une communion sacrilège, et n'ayant pu se délivrer, par une confession complète, du fardeau de ce péché. On apprend encore que l'emprise des deux hypnotismes opposés sur la malade se manifeste tantôt par des influences à peine perceptibles (on l'empêche de se réveiller le matin), tantôt par des impulsions à commettre telle ou telle action, à prononcer tel ou tel mot, tantôt par des sensations singulières ressenties dans différentes parties du corps, tantôt enfin par des paroles que la malade entend non des oreilles, mais dans sa tête, et qui lui dictent les ordres de l'hypnotisme matérialiste ou les réconforts de l'hypnotisme ecclésiastique.

Voilà bien, semble-t-il, le résumé d'un délire de persécution, ou, plus exactement peut-être, celui d'un délire d'influence. Dans quelle mesure l'examen des antécédents va-t-il confirmer cette impression ?

Notre malade est une femme de quarante-quatre ans, de taille petite, mais bien proportionnée, de physionomie agréable, ouverte et mobile. L'attitude, correcte sans raideur, et réservée sans méfiance, n'est certainement pas celle d'une persécutée banale. La malade est d'ailleurs intelligente et instruite, et son mari nous la présente comme douce, affectueuse, scrupuleuse, comme une femme de devoir au sens plein du terme. En réalité, si notre enquête personnelle nous autorise à considérer M^{me} G... comme douée d'une intelligence au moins moyenne, elle attire surtout notre attention sur la vivacité de son imagination et la complexité de sa vie affective.

L'imagination chez cette femme est non seulement un don naturel grâce auquel elle émaille son langage d'une foule de figures et de comparaisons ingénieuses ; c'est aussi, dans son métier d'institutrice, un véritable instrument d'éducation et de démonstration, qu'elle entretient par une pratique journalière. Tout ce qu'elle enseigne aux enfants, elle l'enrichit d'exemples, de comparaisons. Chaque lettre de l'alphabet est le prétexte d'une histoire qu'elle invente, et chaque année de nouvelles histoires sont ainsi offertes à ses petits élèves. Vraisemblablement, la fertilité de cette imagination n'est pas étrangère à la forme romanesque que prendront chez cette malade les accidents psychiques.

Un autre aspect intéressant de cette personnalité est la richesse au moins apparente de sa vie affective. Nous disons « au moins apparente », car jamais, au moins jusqu'à ces dernières années, on n'a pu observer chez elle de grands mouvements de passion ; et la régularité de cette vie, opposée à l'ardeur des aspirations que nous confie la malade, ne s'explique pas nécessairement par un « refoulement » de tendances véritablement puissantes, mais tient peut-être tout autant au caractère surtout imaginaire de ces dernières.

Les conditions un peu spéciales dans lesquelles notre malade a passé son enfance expliquent, dans une certaine mesure au moins, les particularités de son caractère.

M^{me} G..., ayant perdu ses parents de très bonne heure, fut élevée chez des religieuses. De cette éducation, elle tira non seulement une foi chrétienne durable, mais le besoin d'une direction morale extérieure, et l'habitude de chercher cette direction auprès de l'Église ou de ses ministres. Fait important, ce besoin et ce sentiment de direction se précisèrent surtout, au dire de la malade, à l'occasion du premier événement saillant de sa vie sexuelle. Ayant partagé, moitié consentante, moitié passive, les amusements voluptueux d'une sœur plus âgée qu'elle, elle fut prise de remords et se confessa. Il lui fut impossible de tout dire de vive voix ; mais, comme on le lui avait appris, elle tourna la difficulté en consignait ses aveux sur un billet remis au confesseur. Les conseils de celui-ci la remplirent, dit-elle, de confiance, au point que toute sa vie elle se sentit dirigée et protégée par la salutaire influence du couvent. Dès le début de sa vie sentimentale, la religion et les prêtres se présentaient donc à elle comme des autorités chargées de la défendre du péché, et ce péché était précisément avant tout celui de la concupiscence.

Durant son adolescence, cette influence suffit à la protéger contre l'éveil, nullement excessif d'ailleurs, de ses instincts génésiques. « Il me semble, dit-elle, que mon confesseur m'avait donné de la force pour toute ma vie. Par exemple, dans mon enfance, j'avais été attirée vers un petit garçon ; puis, plus tard, j'ai eu des idées comme en ont les jeunes filles. Mais toujours, je me raidissais en disant : « Je ne veux pas. » La force de la prière me soutenait. » Son activité sentimentale et imaginative était ainsi dérivée vers la religion. Elle pensait entrer dans les ordres, et son imagination dépassait parfois de beaucoup cette modeste vocation. Une sœur disait en classe : « La France a été perdue par Isabeau de Bavière et sauvée par

Jeanne d'Arc. Elle a été perdue de nouveau par l'impératrice Eugénie, mais une femme la sauvera. » Elle pria alors avec un redoublement de ferveur pour obtenir d'être cette femme-là.

A vingt ans, elle apprit que les religieuses ne pouvaient la garder près d'elle, et l'idée de se trouver seule dans la vie lui parut insupportable. Elle accepta, sans enthousiasme ni répugnance, d'épouser un jeune homme qu'elle connaissait un peu, et devint une épouse parfaitement dévouée et affectueuse, mais nullement ardente ni passionnée. Elle semble même avoir été assez indifférente aux réalités de l'amour. Deux enfants naquirent cependant, et elle manifesta à leur égard les sentiments les plus normaux. La vie était donc en somme heureuse et régulière, quand, vers le début de 1911, de singulières modifications affectives se manifestèrent en elle.

Il est certain que ces modifications ont été insidieuses et progressives; mais, par une interprétation rétrospective, la malade en fait remonter le début à un incident qui eut lieu vers Pâques 1911. A cette date, un prêtre inconnu se présenta chez elle pour lui vendre de la musique. Elle prétend avoir été frappée sur le champ de son air insinuant et faux et de sa voix mielleuse. Toujours est-il que la musique qu'elle lui acheta était lente, amollissante : « Je sentais en la jouant, dit-elle, qu'elle diminuait ma force de résistance contre les mauvaises idées. »

Ces mauvaises idées, qui maintenant tourmentaient la malade, c'étaient des inquiétudes amoureuses, tout d'abord imprécises et sans objet défini : « Je me sentais faible, dit-elle, j'avais des sensations que je n'aurais pas dû avoir... un jour, je dis même à mon mari : « Je ne sais pas ce que j'ai : je ne puis passer auprès d'un homme sans éprouver une espèce de secousse ou de frisson. » Cet érotisme diffus ne pouvait manquer, avec le temps, de se fixer un objet.

A cette époque, M^{me} G..., qui, depuis son mariage, n'avait cessé de remplir très régulièrement ses devoirs religieux, faisait instruire sa fille aînée en vue de la première communion. Cette instruction terminée, elle offrit à chacun des prêtres qui s'en étaient occupés un petit souvenir. Seul, l'un d'entre eux, l'abbé V..., ne la remercia point. « J'en fus choquée, dit-elle, et depuis, je m'appliquai à ne plus le rencontrer ni le regarder. C'est cela sans doute qui fit que je me sentis attirée vers lui. » Cet attrait, qui peu à peu s'insinua en elle, n'eut pas d'abord un caractère franchement érotique. C'était une sorte de sym-

pathie qui la poussait à rechercher la présence et la conversation de l'abbé V... Malgré cela, la malade pressentait obscurément le danger, luttant contre l'amour naissant et pensa s'en délivrer en partant en vacances.

Elle n'y réussit qu'à demi. Sans doute, ses aspirations amoureuses cessèrent momentanément de s'orienter vers la personne de l'abbé V...; mais elles continuèrent à entretenir un état d'inquiétude vague et de nervosité un peu anxieuse, dont la malade pressentait bien la nature, ou tout au moins l'origine, lorsqu'elle disait à son mari : « Je sens que, si je pouvais avoir un enfant, je serais guérie. » Ajoutons, pour donner à cette formule sa valeur précise, que, depuis plusieurs mois, et précisément parce qu'il la voyait nerveuse, son mari s'abstenait absolument de lui faire courir les risques d'une grossesse, et qu'il observa cette réserve jusqu'à la fin de la maladie. En somme, quand, en septembre 1911, M^{me} G... rentre à Paris, elle n'était pas encore précisément amoureuse de l'abbé V..., mais elle était dans les meilleures dispositions pour le devenir.

Dès son retour, elle se rend à l'église, et bientôt se trouve en présence de l'abbé V... « Je sentis, dit-elle, une espèce de choc en le revoyant. » A partir de ce moment, elle prend nettement conscience de son amour coupable et cherche vainement à le combattre. Malgré elle, elle multiplie ses visites à l'église et recherche les occasions de voir l'abbé. Elle se sent irrésistiblement poussée à des actions qu'elle-même juge absurdes et inconvenantes. Passant devant chez l'abbé, et voyant la servante de celui-ci agiter un torchon à la fenêtre, elle entre et monte l'escalier, sans savoir vraiment ce qu'elle va faire. Elle est assaillie de désirs précis contre lesquels elle lutte. Ces désirs toutefois changeront un peu de caractère à la suite de l'incident suivant.

Ayant à rendre visite à l'abbé pour lui parler de la première communion de sa fille, vers Noël 1911, elle se sent attirée vers lui, et, comme leurs têtes se rapprochent, elle ne peut s'empêcher d'effleurer de ses lèvres la nuque du pauvre homme, qui lui jette un regard étonné et ne lui dit pas un mot. Elle rentre chez elle bouleversée par l'acte commis, et dès le lendemain court se confesser pour se délivrer des remords qui l'accablent. La lutte énergique qu'elle entreprend contre son amour modifie le caractère de celui-ci. « Je luttai, dit-elle, et mon amour devint mystique; je me voyais communier avec lui, nous étions ensemble dans le cœur de Dieu. » Le début de 1912 se passe en luttés

continuelles, car à chaque instant, les tendances non satisfaites suscitent des images tentatrices. La malade se fatigue à aller à la messe tous les matins à six heures, avant de s'occuper de son ménage et de sa classe.

Elle est retenue quelques semaines chez elle par une atteinte d'oreillons, et à peine guérie retourne à l'église. Elle prie Saint-Antoine de Padoue pour que l'abbé V... veuille consentir à la diriger vers le bien, et accessoirement, il faut bien l'avouer, elle prie pour obtenir le gros lot. Ses rencontres avec l'abbé V... la bouleversent. « Un jour, dit-elle, à l'église, je me trouvais en face de l'abbé V... et, comme je le regardais, il leva les yeux sur moi : je restai là immobile, saisie, le fixant des yeux. » C'est peu de jours après cette petite scène que cette période de mysticisme érotique se clôture par un rêve qui l'illustre et la résume. « Dans ce rêve, dit-elle, je me voyais moi-même étendue sur mon lit dans une position indécente, et je demandais à Saint-Antoine de Padoue, qui était à côté de moi, de m'amener l'abbé V... Celui-ci, que je voyais vaguement en arrière de Saint-Antoine, se reculait en disant : « non, non... » et en faisant avec la main des gestes de refus. Je me réveillai en train de commettre une action indécente et ne pouvant résister à la tentation. Le lendemain, bouleversée de ce que j'avais fait et ne pouvant comprendre comment j'en étais arrivée là, je me crus malade et je cherchai dans un livre de vulgarisation médicale l'article « hypnotisme ». J'y trouvai que c'était un moyen employé dans les couvents pour diriger les âmes vers le bien, mais que la libre pensée traitait cela comme une maladie. »

Voilà découvert le thème sur lequel notre malade va édifier tout un délire de persécution et d'influence. Si elle éprouve des désirs, si elle commet des actes dans lesquels elle ne se reconnaît pas elle-même et qui sont en contradiction avec toute sa personnalité antérieure, c'est qu'elle est suggestionnée par l'hypnotisme matérialiste. Celui qui l'a hypnotisée est sans doute le prêtre qui lui a vendu cette musique amollissante, dont elle se rappelle l'influence malsaine. Elle se souvient que ce prêtre avait une allure singulière, et que, quelque temps après son passage, les fidèles avaient reçu à l'église le conseil de se méfier des soi-disant prêtres vendeurs de musique. Une curieuse coïncidence confirme ces soupçons. Quelques années auparavant, elle avait appris qu'une de ses amies aimait un prêtre et elle lui avait conseillé de rompre ces relations coupables. Or,

l'adresse donnée comme sienne par le prêtre marchand de musique se trouvait être précisément celle où avait habité l'amie de M^{me} G... Ne s'agissait-il point dès lors d'une vengeance de la part de l'homme auquel elle aurait enlevé sa maîtresse? Plus tard, d'ailleurs, quand M^{me} G... en sera arrivée à éprouver des pseudo-hallucinations auditives, la voix du mauvais prêtre confirmera elle-même tous ces soupçons.

Vis-à-vis de cette influence mauvaise, la malade ne se pose pas en vraie persécutée. Elle s'estime autant coupable que victime. Elle reste dans son rôle de chrétienne pour laquelle la vie est une lutte contre la tentation. Tout ce que peut faire l'hypnotisme matérialiste, c'est de développer les mauvaises passions qui sont en elle et d'affaiblir sa force de résistance. Elle se sent donc responsable quand elle faiblit et elle en éprouve du remords.

Chose curieuse, l'abbé V..., qui est l'occasion de tout ce désordre, n'en est nullement regardé comme la cause. Sans doute, au début, M^{me} G... lui a écrit pour se plaindre de ce qu'il l'avait hypnotisée pour l'attirer à lui; mais elle s'est sur ce point contenté de sa simple dénégation. Sa conviction est que l'abbé V..., au même titre que les autres prêtres, cherche à la protéger et à la guider vers le bien.

Jamais il n'y a eu entente entre lui et le prêtre marchand de musique qui tentait de jeter la malade dans ses bras.

Voilà donc notre malade soumise à deux influences antagonistes : l'hypnotisme du couvent et l'hypnotisme matérialiste, nullement passive d'ailleurs et s'efforçant de se soumettre à la première et d'échapper à la seconde. Cette hypothèse des deux hypnotismes sert d'abord à notre malade à interpréter le passé. A côté des actes répréhensibles auxquels l'a conduite l'hypnotisme matérialiste, elle interprète comme des avertissements bienveillants, négligés à tort par elle, certains faits récents : son atteinte d'oreillons, le sommeil qui, plusieurs jours de suite, l'avait empêchée de se lever à temps pour aller à la messe de 6 heures, étaient des signes envoyés par les prêtres et destinés à entraver son assiduité excessive à l'église.

En même temps, M^{me} G..., aux aguets maintenant de tout ce qui peut manifester ces influences hypnotiques, rattache à celles-ci une foule de faits de sa vie intime, et principalement les idées qui correspondent à des désirs coupables et celles qui lui servent à les chasser. Elle entend des voix. Le mauvais prêtre la menace et lui dit qu'il l'attirera à lui, malgré

l'influence des autres. Ceux-ci la rassurent et la conseillent. Il ne s'agit point d'hallucinations véritables, mais de pseudo-hallucinations verbales. « C'est dans ma tête que cela me parle, dit-elle, mais cela ne peut venir de moi, car je ne peux me dire à moi-même les choses que j'entends. » Les voix commentent ses actes. Elle écrase une punaise et une voix dit : « Voilà comment on se débarrasse des punaises d'église. » Elle en est surprise et mortifiée. Elle se montre inquiète et nerveuse, se confesse à une série de prêtres qui cherchent en vain à la rassurer. Sur le conseil du médecin, elle se décide à partir à la campagne après de nombreuses hésitations. Les voix se contredisent et augmentent son embarras. « Comme j'étais sur le point de partir, j'entendis le mauvais prêtre qui me disait : « Les autres t'attirent, mais nous verrons bien qui sera le « maître. » Je résistais de mon mieux. J'entendais les voix des prêtres qui disaient : « Reste avec nous, ne va pas à la cam- « pagne », et celle de l'abbé V... qui me disait : « Viens à « moi. » Je partis cependant à la campagne après m'être confessée; mais la confession resta incomplète, car je ne dis point que c'était un prêtre que j'avais désiré. »

A la campagne, elle trouve un peu de calme et ne se plaint plus d'être poursuivie par des voix; mais elle se sent encore soumise à des influences étrangères et elle interprète comme des avertissements diverses sensations : des angoisses, des douleurs au coude et à la poitrine.

De retour à Paris, elle retourne à l'église, préoccupée surtout de sa confession incomplète suivie d'une communion sacrilège. Plusieurs nouveaux essais de confession avaient été infructueux : « J'avais essayé, dit-elle, une confession générale; j'avais bien commencé à reprendre toute ma vie, mais l'hypnotisme m'avait empêchée de poursuivre juste au moment où j'arrivais à mes péchés avec le prêtre. » Son anxiété s'accroît de jour en jour et se manifeste par des actes qui attirent l'attention de l'entourage.

Voici, à ce sujet, les renseignements fournis par le mari à l'entrée de la malade. Depuis son retour de la campagne, elle maigrit, devint plus nerveuse et plus irritable. Elle a recommencé il y a lundi huit jours (2 décembre) à vouloir aller à la messe de 6 heures du matin à cause de l'Avent; et, si elle arrivait en retard à la messe, il lui fallait en entendre une autre. Samedi dernier (7 décembre), elle quitte sa classe pour aller se confesser. La directrice doit la ramener à l'école, elle

est prise d'une crise de larmes et dit qu'elle veut ramener des âmes à Dieu. Le lendemain dimanche, elle entend deux messes successives et éprouve des malaises durant la promenade, si bien qu'on consulte le médecin. Dans la nuit de lundi à mardi, elle entre dans une violente crise d'agitation anxieuse, criant que c'était le manque de foi qui l'avait empêchée d'avoir un troisième enfant, qu'elle avait de mauvais instincts. Elle rappelait le péché commis avec sa sœur, disant qu'elle n'aurait pas dû se marier, mais se faire religieuse. Elle invoquait la grâce de Dieu pour sauver les siens et pour convertir le franc-maçon qui demeurait à l'étage supérieur. Cette agitation, qui la faisait non seulement crier, mais se rouler sur le lit, se calme vers le matin. Mais deux fois, dans la journée de mardi, elle s'approche de la fenêtre en demandant : « Ceux qui se tuent, sont-ils des lâches ? » Mercredi matin, jour de son entrée, elle a essayé de se couper la main droite avec une hachette, prétendant que le spiritisme y avait fait apparaître une tache.

Dès son arrivée à la Salpêtrière, M^{me} G..., affirme qu'elle a conscience du caractère absurde de ses actes. « Il m'a semblé, dit-elle, que je devenais spirite, j'ai voulu m'enlever cette main, et tout de suite, j'ai été délivrée de cette obsession. J'ai voulu me jeter par la fenêtre parce que j'étais poursuivie par l'idée que j'avais fait une communion sacrilège après une confession incomplète. C'est stupide, je voulais demander pardon d'avoir fait cette bêtise, et j'ai été humiliée d'être ici. » Elle donne alors quelques détails sur les événements de ces mois derniers et semble reconnaître en partie la nature pathologique de ses préoccupations, mais conserve la croyance à la réalité de l'hypnotisme.

Dans le service, elle est calme et tranquille ; mais la nuit, elle se réveille et demande un prêtre. Elle croit même qu'un prêtre a passé dans les couloirs.

Elle explique le lendemain qu'elle a été bouleversée par la lutte en elle des deux hypnotismes et donne sur ces derniers une partie des détails exposés plus haut. « Cette nuit, dit-elle, j'ai senti à la cuisse une brûlure qui voulait me faire lever ; mais je priais en répétant : « Mon Dieu, manifestez votre puissance », et malgré la brûlure, un souffle frais passait sur moi et m'aidait à rester couchée. D'ailleurs, j'entendis sonner. On alla ouvrir et on chutota ; je pensai que c'était le prêtre et je le réclamai. La porte se referma et j'entendis les pas s'éloigner, puis je me rendormis. » Elle se dit mieux maintenant, mais

accepte son internement comme une sorte d'épreuve et d'expiation. Elle essaie d'expliquer les actes qui ont amené son internement. « J'étais bouleversée par ma communion sacrilège. Je me sentais incapable d'échapper à l'hypnotisme et j'avais peur d'entraîner mes enfants. Je me disais : « Il n'y a que les lâches « qui se suicident » ; mais ma conscience me répliquait : « Au « contraire, c'est lâche de ne pas se sacrifier pour éviter la « damnation des siens », et je voulais que tout le monde fût sauvé. Le matin, en voyant une tache sur ma main, j'ai cru que c'était la marque du spiritisme et j'ai voulu couper cette main. Je sentais bien les coups, mais ma volonté me faisait frapper. Aujourd'hui, j'ai compris que tout cela était absurde. La preuve que je suis mieux, c'est qu'auparavant j'osais à peine toucher mes enfants et qu'aujourd'hui je veux les voir. J'ai la volonté de redevenir ce que j'aurais dû être. »

En réalité, durant le jour, la malade est calme et active. La nuit et même à certains moments de la journée, l'anxiété la reprend : elle a peur de mourir en état de péché mortel, et peur aussi de nuire aux personnes qui l'entourent. Elle demande tous les jours le médecin, moins encore pour obtenir sa sortie que pour se faire rassurer.

Elle se laisse assez volontiers persuader que l'hypnotisme n'est pour rien dans son aventure et que tous ces troubles viennent d'elle-même. Sans doute, cette conviction ne se maintient pas durant les paroxysmes anxieux, mais ceux-ci deviennent de plus en plus rares et légers. Devant son insistance, son mari demande à la reprendre. On accorde la sortie sous toutes réserves ; car si la conduite de la malade est parfaite, celle-ci se montre encore singulièrement prompte aux scrupules et aux doutes. Elle a trop de hâte de retourner à la messe, et se propose trop ouvertement de relire des livres sur l'hypnotisme afin de se faire une opinion raisonnée sur la question. Entrée le 11 décembre 1912, le malade sort le 24 du même mois.

Le 20 janvier 1913, elle est ramenée par son mari parce que, deux fois le matin même, elle avait ouvert la fenêtre dans l'intention de se tuer. Il n'y avait que quelques jours qu'elle semblait reprise de ses préoccupations.

En réalité, si l'état anxieux actuel, et les réactions qu'il a entraînées, rappellent exactement l'état de la malade lors de sa première entrée, les idées délirantes qui s'y rattachent sont bien différentes. La malade elle-même va préciser leur nature. « J'ai

voulu me tuer, parce que je suis une mauvaise femme. Depuis mon départ, j'avais lutté contre l'idée que les pensées mauvaises qui me venaient étaient dues à des influences étrangères. Ces mauvaises pensées me reviennent toujours, mais je sais maintenant qu'elles viennent de moi, bien qu'à certains moments je doute encore.

— Sont-ce toujours les mêmes tentations?

— Oui. Cela m'a repris brusquement. Je rentrais de promenade avec mon mari et tout à coup il m'a semblé que j'hypnotisais les gens en marchant, que j'exerçais sur eux une influence mauvaise, que j'étais l'esprit du mal. Je suis alors entrée à l'Eglise pour vêpres, et il me semblait que toute la foule qui entrait venait à cause de moi, parce que je les avais hypnotisés et qu'il fallait venir à l'Eglise défaire le mal que j'avais fait. Je crois maintenant que les mauvaises pensées que j'avais venaient de moi. Il me semble que je suis l'esprit du mal lui-même, que je porte tous les péchés.

— Lequel particulièrement?

— Celui dont je vous ai parlé.

— Vous êtes alors le démon de la concupiscence?

— Oui... l'esprit plutôt. Quand j'ai compris que toutes ces mauvaises pensées que j'avais eues ne venaient que de moi, j'ai cru que Dieu ne me pardonnerait pas, et que j'étais damnée.

— Il a pourtant pardonné à Madeleine, qui avait péché autrement qu'en esprit?

— Je me le suis dit aussi, mais il me semble que ce n'est pas la même chose, et que si j'avais été comme elle, il eût été plus facile de me pardonner. Mais je n'ai pas de cœur, et il est plus grave de pécher en esprit.

« J'ai eu encore, en revenant chez moi, l'idée que cela aurait pu être évité, si j'avais été maman; mais mon mari n'a pas voulu à cause de ma santé. Alors, les mauvaises idées m'ont reprise et je n'ai pas pu me défendre. »

Elle se figure qu'elle est une cause de perdition pour qui l'approche, et particulièrement pour ses enfants. Avant son entrée, il lui arriva de regarder dormir son jeune fils : elle lui vit une petite figure grimaçante et des membres convulsés, comme on peut se représenter le fils d'un démon. Dans le service même, elle craint d'hypnotiser les autres malades, elle croit qu'elle exerce sur celles-ci une mauvaise influence, qu'on la regarde, et qu'elle est cause du mal qui va arriver.

Ses inquiétudes n'ont pas d'ailleurs un objet unique. A tout

propos, elle manifeste des scrupules variés. « Je me reproche tout ce que je fais; d'avoir touché mon traitement tout en étant malade, d'avoir été malade par ma faute et d'avoir aggravé ma maladie en sortant trop tôt; d'avoir été avare afin d'économiser pour mes enfants, etc... »

A la suite de quelques entretiens, la malade a repris un peu d'assurance et elle n'exprime plus ses idées de damnation, d'influence maléfique, qu'avec un demi-sourire attestant qu'elle en entrevoit momentanément l'exagération et l'absurdité. Elle se sent abattue et incapable de faire quelque chose de bien, mais elle veut réagir et lutter. Même dans ses moments de paroxysmes anxieux, elle n'entend plus de voix intérieures et ne ressent plus de contacts suspects.

Ces paroxysmes anxieux se reproduisent encore quelque temps, surtout la nuit. Quand on voit la malade, elle en parle avec un demi-sourire; mais elle avoue qu'à certains moments elle a eu le pressentiment de sa mort imminente, qu'elle a interprété à tort comme étant dirigés contre elle les faits et gestes d'autres malades, et qu'elle se fait toute la journée des reproches exagérés ou même absurdes. Elle demande à sortir dès les premiers jours, non pas qu'elle se croie définitivement guérie, mais bien plutôt parce que, sans vouloir l'avouer, elle craint qu'on ne la garde jusqu'à guérison complète et qu'elle se croit définitivement perdue. Aussi quand, au bout de deux ou trois semaines, elle se sent vraiment mieux, elle accepte son internement avec beaucoup plus de patience, s'intéresse au service, vient en aide aux infirmières, et reçoit affectueusement ses visites. Elle a abandonné d'abord l'idée qu'elle exerce au dehors une influence hypnotique néfaste, puis ses idées de damnation personnelle. Petit à petit les angoisses nocturnes ont disparu, elle n'a plus de crainte pour l'avenir de ses enfants, elle n'exprime plus que des scrupules raisonnables. Elle a compris, dit-elle, qu'il faut mener la vie simple, et comme elle semble, depuis près d'un mois déjà, mettre exactement en pratique cette heureuse formule, elle sort, résolue à se reposer quelque temps à la campagne et à changer de quartier quand elle reviendra à Paris.

L'évolution des accidents délirants a donc été particulièrement bénigne. Et, cependant, la formule spéciale du délire risquait, au moins au début du séjour dans le service, de faire porter un pronostic d'une sévérité exa-

gérée. M^{me} G... se sentait au pouvoir de volontés étrangères, qui la faisaient agir, penser et même parler malgré elle; on agissait sur son corps par des contacts, des pressions, des brûlures; on lui parlait pour lui donner des ordres, des conseils, des menaces. Les auteurs de ces pratiques, répartis en deux camps opposés, étaient connus. Leur procédé d'action l'était également; tout au moins la malade pensait-elle en rendre compte par le mot hypnotisme. Enfin, les crises d'agitation anxieuse, les tentatives de suicide et d'automutilation attestaient la profondeur des convictions délirantes.

Il est difficile de refuser à un tel état mental le titre de délire d'influence. Lors de la deuxième entrée, les idées d'influence ont reparu, mais c'est maintenant la malade qui croit hypnotiser l'entourage. Il y a là une inversion curieuse de la formule délirante : l'influence centripète est devenue centrifuge.

Il semble relativement aisé, dans le cas actuel, d'expliquer la genèse de ce délire d'influence. La malade ne fait qu'interpréter, à l'aide de cette formule délirante, des actes et des pensées qui ne lui semblent point émaner directement d'elle-même (1). Les raisons pour lesquelles ces faits de conscience apparaissent à notre malade comme étrangers à sa personnalité sont ici assez claires.

Chez notre malade, honnête, pieuse et scrupuleuse, la passion s'est développée en quelque sorte en parasité, sans avoir été accueillie ni assimilée par la personnalité consciente. Elle a cependant déterminé des actes, des pensées, des rêves qui sont en parfaite harmonie avec elle-même et en parfait désaccord avec toute

(1) Un de mes internes, M. Lucien Cotard, a déjà insisté sur ce mécanisme dans un travail « Sur le rôle du sentiment d'automatisme dans la genèse de certains états délirants ». *Journ. de psych.*, 1909, n° 2. — J. S.

la vie passée de la malade, avec tout ce que sa conscience actuelle considère comme le devoir.

Dès lors, deux solutions sont seules susceptibles de trancher le conflit. Si les actes, si les pensées inspirés par la passion ne sont pas reconnus comme émanant de la personnalité du sujet, il faut qu'ils émanent d'une autre personne. C'est la base du délire d'influence.

Si ces actes et ces pensées sont reconnus comme émanant de la personnalité du sujet, il faut que cette personnalité ait rompu avec son passé, avec ses principes, ses habitudes, sa morale, il faut qu'elle ait été pervertie et déçue. Voilà l'origine des idées de damnation.

De par sa constitution psychique, notre malade était en quelque sorte préparée à accepter l'une et l'autre hypothèse. D'une part, son éducation, ses habitudes religieuses avaient développé en elle le sentiment et le besoin d'une direction extérieure. D'autre part, c'était une grande scrupuleuse, toujours prête à trouver à ses actions les plus légitimes des motifs suspects ou même pires.

A vrai dire, chez notre malade, qui n'est pas une débile, on aurait pu s'attendre plutôt à voir se constituer d'emblée un état analogue à celui que nous avons observé lors de la deuxième entrée. Ce délire de culpabilité, de déchéance implique, en effet, une atteinte bien moins profonde de la personnalité que le délire d'influence qui s'est manifesté le premier. A y regarder de plus près, on s'aperçoit que l'évolution du délire paraît avoir été dirigée à l'origine par une circonstance accidentelle.

A la suite de son rêve érotique et de l'action indécente qu'il a suscitée, la malade se demande : « Comment ai-je pu faire cela ? Cela ne vient pas de moi. » Mais sa première interprétation est celle-ci : « Suis-je donc à ce point changée ? Suis-je malade ? » Et elle ouvre un

livre de médecine. Malheureusement, elle trouve dans ce livre un article sur l'hypnotisme, qui, d'une part, grâce à certaines formules sur l'éducation religieuse, lui semble pouvoir s'appliquer à son cas particulier, et qui, sans doute aussi, la séduit, parce que l'imprécision même des formules laisse le champ libre à ses interprétations. Un mot obscur semble éclairer une situation obscure ; et voilà constitué, sinon instantanément, du moins très rapidement, un délire d'influence. Il ne tarde pas à s'enrichir d'interprétations multiples sur les faits passés et actuels. Mais il n'est, en réalité, ni profond ni tenace. En effet, la malade se reproche ses mauvaises pensées, preuve qu'elle les rattache encore de quelque manière à sa personnalité ; et, d'autre part, quelques entretiens suffisent, sinon à convaincre définitivement la malade de son erreur, au moins à ébranler profondément sa conviction.

Dans la deuxième phase, les faits de conscience, suscités par la passion, ont été réintégrés dans la personnalité. La malade les reconnaît comme siens, elle se retrouve en eux, mais elle s'y retrouve changée, déchue, indigne. Elle exprime des idées qui donnent au tableau clinique l'allure d'un syndrome mélancolique. Elle n'emprunte à sa première phase délirante que la seule notion d'hypnotisme ; mais celle-ci exprime simplement cette double conviction que l'entourage s'occupe de la malade, l'observe, la craint, et qu'elle-même cause le malheur des personnes qui l'entourent, particulièrement de ses proches.

Dans cette deuxième phase, le retour à la santé se fait d'une façon plus simple, par une remise au point des faits, par un retour à une appréciation moins exagérée de la gravité des fautes commises. Le transport de la malade à l'asile, en la soustrayant au milieu où s'entretenaient sa passion et ses remords, et aussi en la

mettant brutalement en présence de personnes étrangères, fort peu disposées à la suivre dans ses conceptions délirantes, a singulièrement facilité cette mise au point.

Il nous reste à signaler rapidement quelques détails intéressants à d'autres points de vue. L'association et l'alternance du mysticisme et de l'érotisme a été trop souvent signalée pour que nous insistions sur la coexistence, chez notre malade, de ces deux tendances et sur la façon, habituelle aux mystiques, de se représenter la lutte contre la passion comme la lutte du bien contre le mal. Il est pourtant difficile de trouver une démonstration plus nette de leurs rapports que le petit incident signalé dans l'observation. M^{me} G..., éprise pour l'abbé V... d'un amour sensuel, tente de l'embrasser. Confuse de son acte et saisie de remords, elle refoule sa passion qui se change en amour mystique. Ce n'est point encore la « sublimation » complète de la tendance, pour parler le langage de Freud, mais c'est certainement une orientation très nette dans ce sens.

Un autre fait curieux est la présence, dans la première phase du délire, de symptômes d'apparence hallucinatoire qui ne reparaîtront point dans la deuxième. Nous n'insisterons point sur les hallucinations du tact ou de la sensibilité générale signalées par la malade. Il s'agit là de phénomènes dont les caractères objectifs sont si effacés que l'on peut presque toujours se demander s'il s'agit de sensations réelles, d'illusions ou d'interprétations. Une attention toujours à l'affût de telles sensations, et toujours prête à les interpréter comme des signes d'une influence extérieure, ne peut manquer de trouver matière à s'exercer en ce sens.

Il n'en est pas de même des hallucinations auditives. C'est surtout d'elles qu'on peut dire : n'est pas halluciné qui veut. Or, notre malade n'a pas présenté

d'hallucinations auditives vraies, mais seulement de ces voix non extériorisées, rentrant dans le cadre des hallucinations psychiques de Baillarger et que l'un de nous a proposé de désigner du nom de pseudo-hallucinations verbales (1). On y retrouve, en effet, les traits caractéristiques de ces phénomènes : netteté, précision, sans toutefois caractère d'extériorité, spontanéité et incoercibilité entraînant pour le sujet l'idée que ces phénomènes sont étrangers à son moi et la croyance à une influence extérieure. De même que notre malade attribuait à une personnalité étrangère les actes, les mouvements qu'elle exécutait en quelque sorte automatiquement, de même elle attribue à une personnalité analogue les pensées qu'elle regarde comme étrangères à son moi, et comme ses pensées surgissent dans sa conscience sous une forme verbale, elle dit : « On me parle, mais dans ma tête et non du dehors. »

Ces pseudo-hallucinations reposent donc en dernière analyse sur une interprétation de phénomènes d'automatisme. Dans la deuxième phase de la maladie, les mêmes pensées se présenteront, mais ne seront pas considérées comme des « voix » étrangères. Il se s'agira plus alors que de simples phénomènes d'hyperendophasie (2).

Par une sorte de compensation curieuse, les scrupules et les remords tiennent, dans la deuxième phase de la maladie, une place beaucoup plus importante que dans la première; et cela se comprend, puisque la malade s'attribue maintenant à elle-même les actes et les pensées répréhensibles dont elle n'était auparavant que peu ou pas responsable.

(1) J. Séglas. *Compte rendu du Congrès international de psychologie*. Paris, 1900.

(2) J. Séglas et L. Barat. Notes sur l'évolution des hallucinations (*Journ. de Psych.*, juillet-août 1913).

Nous pensons avoir, en ce simple commentaire, suffisamment éclairci le cas particulier de notre malade. Il nous reste à nous demander à quel groupement nosologique doit être rattaché un cas de ce genre.

Si l'on s'en tenait à la simple notation des idées exprimées par la malade lors de ses deux entrées successives, on aurait pu songer d'abord à un délire d'influence, comme variété d'un délire de persécution systématisé, puis à un délire mélancolique. En réalité, l'analyse détaillée des faits nous a montré qu'au point de vue nosographique, ces deux dénominations seraient inexactes. L'histoire de notre malade est simplement celle d'une passion amoureuse développée chez une femme pieuse, honnête et scrupuleuse. La passion a introduit des éléments étrangers à la vie normale de la malade. En raison de l'éducation, des habitudes et des principes de la malade, ces éléments n'ont pu être assimilés par la conscience qu'au prix de troubles profonds. C'est là, en réalité, un fait courant dans l'histoire des passions. Mais ce qui est spécial à notre malade, en dehors de l'énergie avec laquelle sont refoulées et, en quelque sorte, reniées les tendances regardées comme immorales et mauvaises, c'est, d'une part, le sentiment et le besoin de direction qui préparent le terrain du délire d'influence, et surtout, la prédisposition au doute, au scrupule, au remords, qui s'exagère et se manifeste durant toute la maladie et particulièrement durant sa deuxième phase. Par tous ces points, M^{me} G... se rapproche beaucoup des sujets étudiés par M. Janet sous le nom de psychasthéniques (1); et son cas n'est pas d'ailleurs sans analogie avec ceux de ces malades, qui, des syndromes psychasthéniques ordinaires, des obses-

(1) P. Janet. *Les obsessions et la psychasthénie*, 1903.

sions en particulier, passent à des états délirants plus ou moins prolongés et durables (1).

En accordant cette importance au terrain morbide, nous entendons faire quelques réserves sur l'avenir psychique de notre malade qui, guérie des accidents pour lesquels elle a été soignée à la Salpêtrière, reste néanmoins une psychasthénique susceptible de récidiver sous une forme quelconque.

Ce pronostic réservé est cependant loin d'être aussi sévère que celui que comporte ordinairement le pronostic de délire d'influence. Peut-être notre cas servira-t-il à montrer que, de même qu'il y a un « syndrome mélancolique » dont le pronostic n'est pas nécessairement celui de la mélancolie intermittente, de même il peut y avoir un « syndrome-délire d'influence » dont l'évolution ne soit ni démentielle ni même chronique.

(1) J. Séglas. *L'évolution des obsessions et leur passage au délire*. Congrès de Grenoble, 1902. — Arnaud. *Psychasthénie et délire*. Congrès de Genève, 1907. — Dupouy. Du délire obsessif (*Soc. méd. psych.*, 30 juin 1913).

Médecine légale

UN PATRIOTE MÉCONNU

CONTRIBUTION A LA MÉDECINE LÉGALE DES DÉLIRES
A BASE D'INTERPRÉTATIONS

Par le Dr Georges VERNET

Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bourges (Cher).

Je prie qu'on veuille bien ne voir dans ce rapport d'expertise qu'une application et une adaptation à la médecine légale des récents travaux sur les délires à base d'interprétations. Je déclare qu'il n'a aucune prétention à l'originalité et j'en ai soigneusement banni toute indication bibliographique, tous noms d'auteurs, toute discussion nosologique : car m'est avis que l'expert, s'adressant à des magistrats, doit faire œuvre didactique et de vulgarisation plutôt qu'étalage d'érudition. On m'excusera de le présenter tel quel — et sans autres commentaires — à des lecteurs plus avertis.

Le 25 mars 1912, le sieur R..., cocher de place à A..., se présentait à la gendarmerie de cette ville et faisait la déclaration suivante : la veille au soir, vers 8 heures, se trouvant dans la cour de la gare, il avait été hélé par un individu qui l'avait prié de le conduire à Hanterive, chez une dame C..., débitante audit lieu. En cours de route, le cocher R..., intrigué d'entendre du bruit dans sa voiture, arrêta son attelage, descendit

de son siège et interpella son client. Celui-ci se présenta à la portière, un revolver à la main, et intima à R... l'ordre de se taire, faute de quoi il lui brûlerait la cervelle. Intimidé par la menace, le cocher R... remonta sur son siège et continua sa route. Mais presque aussitôt il entendit le voyageur sauter de la voiture et le vit s'enfuir à travers champs. Examinant alors sa voiture, R... constata que l'un des coussins avait été emporté, qu'une garniture de drap recouvrant le strapontin avait été coupée et que le tirant de fermeture de l'une des portières avait été arraché.

Saisie de cette plainte, la gendarmerie se mit aussitôt en quête du singulier voyageur. Ses recherches restèrent sans résultat.

Le lendemain, 26 mars, vers 9 heures du soir, un individu, « paraissant pris de boisson et quelque peu déséquilibré », se présentait à son tour à la gendarmerie d'A... et déclarait qu'il croyait pouvoir prétendre à la prime de 100.000 francs offerte par la Société générale à la personne qui donnerait les indications nécessaires à l'arrestation des bandits Bonnot, Garnier, Carrouy, etc. Il connaissait, en effet, le repaire de la bande et se faisait fort d'assurer sa capture à bref délai.

Les gendarmes ne doutèrent pas un instant avoir affaire à un mystificateur ou à un fou et ils se disposaient à éconduire le quidam dûment admonesté, lorsqu'ils crurent s'apercevoir que son signalement correspondait assez exactement à celui qu'avait donné la veille le cocher R... de son indélicat client. Ils confrontèrent les deux hommes : R... déclara reconnaître son voyageur de l'avant-veille dans la personne qui lui était présentée, un sieur F..., Lucien, dit Malo.

L'individu protesta. Il n'en fut pas moins arrêté et mis à la disposition de la justice.

Interrogé par M. le juge d'instruction, il renouvela ses dénégations, affirma n'avoir jamais vu le cocher R..., n'avoir jamais été possesseur d'un revolver non plus d'ailleurs que d'un chapeau et déclara que c'était folie de l'accuser de pareil méfait.

M. le juge d'instruction estima de son côté que, effectivement, la folie pouvait bien avoir joué un certain rôle dans l'affaire et par ordonnance en date du 29 mars,

il voulut bien nous commettre à l'examen mental de F..., dit Malo.

C'est d'abord à la maison d'arrêt d'A..., où F... était détenu, puis dans notre service de l'asile départemental d'aliénés, où il fut transféré que, du 25 mars à ce jour, nous avons procédé à cet examen.

Dès notre premier entretien, F... s'éleva avec véhémence contre l'accusation dont il était l'objet : il la déclara « incompréhensible » et « fantastique » et il s'efforça de nous en démontrer l'in vraisemblance. Il nous refit, tel qu'il l'avait donné à M. le juge d'instruction, l'emploi de son temps dans la soirée du 24 mars, ne nous ménagea pas les détails sur son genre de vie ni sur ses moyens d'existence, mais refusa absolument de s'expliquer sur les déclarations qu'il avait faites le 26 mars au soir à la gendarmerie. S'étant enquis de notre qualité, il nous déclara sans ambages que les aliénistes étaient gens dangereux, qui auraient tôt fait de le faire passer pour fou et qu'il ne nous dirait pas un mot de plus sur ce chapitre. Il tenait cependant à nous affirmer que « tout ce qu'il avait jugé à propos de dire à la gendarmerie, il était capable, le moment venu, de le prouver.

À l'asile, où il fut transféré le 1^{er} avril, F... observa d'abord, à notre égard, la même attitude réservée et réticente. Correct, déférent, il répondait volontiers à toutes les questions banales que nous pouvions lui poser, mais il opposait le mutisme le plus complet à toutes celles de nos demandes d'un caractère moins général et plus précis.

Le 8 avril, lors de notre visite quotidienne, pour la première fois, il se départit de sa réserve : mystérieusement, il nous remit un pli cacheté en nous priant d'en prendre connaissance et de l'envoyer ensuite « rue Saint-Dominique ». Ce pli contenait un dessin représentant une sorte de mollusque du genre escargot, sur la coquille et les tentacules duquel étaient écrits des noms de villes : Berlin, Francfort-sur-Mein, Brussel, Paris, Cherbourg, Dunkerque, Lisioux, Saint-Lô, Alençon.

• Nous priâmes F... de nous donner la clé de ce dessin

énigmatique : il nous déclara ne pouvoir le faire que seul à seul avec nous et dans des conditions d'absolue discrétion.

Nous accédâmes à son désir et F... nous mit alors, en de longs entretiens, dans la confiance de son roman délirant.

F... est, par-dessus tout, un patriote. Il aime la France, il ne vit que pour la servir. Or, notre malheureux pays est enserré dans un vaste réseau d'espionnage sous lequel il étouffe et qui met ses jours en péril. F... s'est donné mission de démêler les fils de cette vaste trame. Et voici comment jusqu'à ce jour il s'y est employé, comment il y a réussi.

A l'automne 1908, F... s'était loué chez un vigneron des environs de Beaune (Côte-d'Or) pour la durée des vendanges. Parmi ses compagnons de travail se trouvait un « voyageur » à l'accent tudesque très prononcé : c'est de lui que F... reçut les premières propositions qui lui furent faites de trahir son pays. Il s'agissait d'aller chercher de l'embauche dans les forts ou sur les lignes de chemins de fer de l'Est et de consigner sur un carnet qui lui serait remis d'avance un certain nombre de renseignements. Ses services lui seraient, il en avait l'assurance, largement rétribués. Le premier mouvement de F..., comme de tout honnête homme, fut de dénoncer et de faire arrêter l'auteur de cette infâme proposition. Mais, à la réflexion, et se rappelant la prédiction à lui faite naguère par un vieil abbé de ses amis : « Tu es fort, tu seras grand », il se demanda si le moment n'était pas venu où la prophétie allait s'accomplir et si ce n'était pas là l'occasion attendue de réaliser sa destinée. Et conscient de sa force, il décida d'agir seul.

Pour une entreprise de ce genre, la première condition du succès était sans doute de bien connaître l'adversaire : aussi, les vendanges terminées, F..., par Belfort et l'Alsace, se dirige sur l'Allemagne. A Mulhouse, premier avatar : on lui vole le peu d'argent qu'il possédait. A Neustadt, un gendarme l'arrête pour vagabondage et mendicité : ci, un jour de prison. A Ingolstadt, il va loger dans une auberge où fréquentent de nombreux soldats ; un matin en sortant, il

aperçoit sur le pas de la porte une cartouche ; déjà il avait esquissé le geste de la ramasser, quand, levant la tête, il voit à la fenêtre d'en face un gendarme qui le regardait : le piège était grossier, la cartouche avait été évidemment placée là à dessein. F... sourit et passa. A Regensburg, la police menace de le « boucler » s'il prolonge son séjour : et depuis lors, il est « filé », il ne peut plus rester nulle part. A Plauen, un Saxon lui propose de l'emmener dans une caserne. A Berlin, de pseudo-journalistes lui offrent des consommations et l'entretiennent en français des choses de l'armée et de la guerre de 1870. A l'Ambassade de France, il reçoit un accueil plutôt frais : il touche cependant un secours de 10 francs. A Hambourg, enfin, on le met en prison, puis, sur l'intervention de notre Consul, on l'embarque pour Le Havre. « Toutes ces petites aventures lui avaient déjà donné à réfléchir » : il devait en voir bien d'autres plus tard.

Quoi qu'il en soit, ayant pris une notion de l'Allemagne, en possédant la langue, le voici maintenant armé pour remplir au mieux le rôle qu'il se sent dévolu : dépister, traquer, démasquer les espions allemands. Rude besogne, mais besogne urgente : car, des espions, il y en a partout.

A Paris, d'abord, où F... fait halte. Rue des Gravi-liers, où il loge, le garçon coiffeur qui le rase est d'origine allemande : c'est un espion. Au café voisin de « la Chope des Vosges » fréquentent de nombreux Allemands, qui se livrent à toutes sortes de petits commerces et connaissent ainsi toute la France : autant d'espions. « Et ça, c'est une bonne filière » : il la signale à la Sûreté générale. A Saint-Malo, à Paramé, à Dinan, où l'amène ensuite son métier de camelot, F... rencontre des touristes armés d'appareils photographiques ; plusieurs sont étrangers : espions. A Granville, il croise deux globe-trotters qui faisaient leur tour de France à pied avec, pour viatique, le seul produit de la vente de cartes postales illustrées : stratagème d'espions. F... les prend en filature et pour s'être montré trop « indiscret », — il était allé conter la chose au commissaire, — on le met au violon pendant deux jours.

C'est que le service d'espionnage allemand en France est solidement organisé et dispose, en même temps que de moyens puissants, de complicités inattendues : il est osé de s'y attaquer et qui a l'audace de le faire doit être prêt à toutes les humiliations, à tous les affronts et se réserve aussi bien des déboires. Que de fois F... vit-il se fermer devant lui les portes des auberges auxquelles il frappait et que de fois à l'accueil qui lui était fait dans les « piaules » lui donna-t-on à comprendre qu'il était l'hôte « indésirable », le gêneur !

Aussi, quel ne fut pas son étonnement, lorsqu'en octobre dernier, à Flers, il eut pour la première fois « l'impression qu'on commençait à s'occuper de lui ; tout le monde était gracieux, il était clair qu'il y avait un retour vers lui ». Il n'avait plus de peine à se loger, à trouver des chambres. Le temps des épreuves, certes, n'était pas fini, — il dure encore, — mais F... dorénavant n'était plus seul : il se sentait uni par des liens mystérieux à d'autres personnages, ouvriers de la même œuvre, mus par les mêmes sentiments élevés, prêts aux mêmes sacrifices.

De ce jour, F... n'hésite plus : il se donne tout entier à la « cause ». Aucune considération de famille ne le retiendra : il accomplira sa destinée, il sera « grand ».

Le 3 janvier 1912, dans un taudis de la rue du Bas-de-Montsort, à A..., sa femme accouche. Le ménage est dans la plus noire misère et c'est F... lui-même qui doit délivrer la malheureuse. Il est seul à lui donner des soins, et elle a déjà un bébé de dix-huit mois. N'importe : cinq jours après, F... abandonne femme et enfants et, à pied, sous la pluie battante, sans un liard vaillant, il part. Où son étoile le conduira-t-elle ? Il ne sait. Mais où qu'elle l'entraîne, il la suivra.

Elle le mène d'abord à Laigle, où, d'emblée, dans l'auberge où il loge, il discerne à certains signes, dans l'un de ses compagnons de chambre, un « indicateur de la Secrète », un ami. Premier succès. Mais bientôt suivi d'un revers. Car lui aussi il avait été reconnu. Reconnu et marqué. Car c'est intentionnellement, à n'en pas douter, que le coiffeur qui le rase lui a fait symétriquement, sur chaque joue, une estafilade sur laquelle se développeront des « dartres chancreuses »

qui, dorénavant et pour un temps, le désigneront du premier coup d'œil aux regards intéressés.

Mais c'en est trop peu pour l'arrêter. N'est-ce pas une preuve, au contraire, qu'il tient la bonne piste? Il ne l'abandonnera pas. Et il ira ainsi, pendant plus de deux mois, de ville en ville, de bouge en bouge, vivant dans ce monde interlope des camelots, fréquentant des « piaules » innommables, vendant, pour gagner son pain, des bibelots, qu'il cherche à écouler dans les milieux élégants, dans les cafés mondains, où il pourra saisir des bribes de conversation, recueillir des indications précieuses; où il récoltera surtout de nombreuses contraventions et où il essuiera bien des rebuffades.

Qu'importe, pourvu que la récolte soit abondante, la rue Saint-Dominique avertie, la France sauvée!

F... poussera l'abnégation très loin, au point de ne jamais refuser le verre qu'on lui offrira et de rendre tournée pour tournée à qui l'invitera : l'alcool délie les langues. Et s'il lui arrive ainsi, plus souvent peut-être que de raison, de paraître gris, qu'on ne lui en fasse pas grief : « Ce sera pour la bonne cause! »

De Laigle, F... se rend à Vimoutiers : là, un ami anonyme, dont le sobriquet était l'« Andouillard », lui fait don d'une boîte en fer-blanc, d'aspect banal, de valeur nulle, et pourtant de vertu magique : désormais, quand F... se trouvera en peine pour écouler sa marchandise, il lui suffira d'exhiber sa boîte, il sera certain de trouver des acquéreurs pour ses bibelots. Aussi y tient-il comme à un fétiche, et, s'il a consenti à s'en dessaisir en notre faveur, nous a-t-il supplié de la conserver nous-même et de faire autour d'elle bonne garde : il veut retrouver à sa sortie ce précieux talisman.

A Lisieux, F... retrouve, travaillant chez un bourrelier de la ville, une figure déjà vue, mais qu'il éprouve d'abord beaucoup de peine à identifier ; il cherche quelque temps dans ses souvenirs : qui donc se cache sous ce déguisement? Sondain, un trait de lumière. Plus de doute : c'est le terrassier de Beaune, c'est l'Allemand qui lui fit, trois ans auparavant, les premières et honteuses propositions! Il interpelle l'espion, il va dévoiler à tous les yeux l'imposteur : celui-ci proteste, nie, et, finalement, dépose une plainte. Résultat : le lendemain

matin, un agent se présente chez F..., perquisitionne dans sa chambre et le conduit chez le commissaire, qui l'admoneste vertement. Mais le soir même, F... avait sa revanche, car, dans les cafés où il passa, nombreux furent ceux qui, lui ayant acheté sa marchandise, ajoutèrent à mi-voix : « Bravo, Malo : c'est bien un espion ! »

A Caen, dès son arrivée, F... « sent qu'il est pisté » : il est à peine assis dans un café, qu'à côté de lui viennent s'asseoir « deux types de la Mobile » ; s'il avait pu en douter, un mot qu'il entend échanger entre patronne et patron l'en eût convaincu : « C'est de la police. » Et, en effet, après quelques instants, toute la police de Caen « défile » devant lui sous prétexte de lui acheter ses petits nids. En passant, chacun dit son mot — à double sens, bien entendu, et dont le sens caché ne pouvait être compris que des seuls initiés. Mais F... avait deviné de suite à qui il avait affaire, et, à tous, il sut répondre avec aisance et à-propos.

Deux mots, dans la conversation, avaient particulièrement frappé ses oreilles : Bayeux, hôtel de la Victoire. C'en était assez pour lui indiquer la direction à prendre : sur l'heure, il part pour Bayeux. Là, « tout était apprêté d'avance » : on ne veut le recevoir dans aucune des auberges où d'ordinaire il fréquente. « On l'envoie à l'hôtel de la Victoire. » Il y frappe ; on le reçoit : et il y retrouve un Italien, qu'il avait connu naguère à Tunis et à Bizerte, et qui, se sentant reconnu, file rapidement. Pas assez tôt, cependant, pour que F... n'ait eu le temps de signaler à la police « de quoi il s'agissait ». Aussi, quand, le soir, il fit dans les cafés sa tournée habituelle, « tout le monde se montra particulièrement aimable et gracieux ; ici, la patronne lui fit un signe indiquant qu'il pouvait compter sur elle ; et là, quelqu'un dit, en le regardant : « Tout le monde n'est pas doué pour être un grand policier. »

A Balleroy, à Littry, à Lison, partout où il se présente, on lui fait bon accueil. Dans les cafés, dans les bureaux de tabac, on lui dit complaisamment : « Vous devriez aller à tel endroit, vous y vendriez bien. » C'est évidemment une « filière » qu'on lui indique. Et, partout, ce sont les mêmes prévenances, les mêmes atten-

tions à son égard. Sans doute, il se trouve bien encore des gens, ceux qui ne le connaissent pas, pour dire : « C'est un maboul » ; mais les autres — ceux qui comprennent — rectifient : « C'est encore un coup à Malo ! »

Il arrive ainsi à Saint-Lô ; à peine est-il entré chez un « bistro » qu'un moment après, la salle était remplie de clients. A une table, il avise quatre consommateurs, qu'il reconnaît immédiatement pour être quatre officiers ; deux étaient certainement des généraux, et l'un « ressemblait richement au général Vérant ». Officiers et généraux l'encouragent, le félicitent en langage convenu, bien entendu, et lui offrent, au choix, la médaille militaire ou la croix de la Légion d'honneur. Le soir, en son honneur, la musique du régiment vient jouer sous ses fenêtres.

Désormais, il est le chef sous lequel « se rallient », dès qu'il paraît, tous ceux qui, à un titre quelconque, se livrent au contre-espionnage. Et, dès lors, il lui semble nécessaire de communiquer avec les affiliés non plus par des paroles, fussent-elles convenues, mais par signes. Les petits oiseaux en terre plastique qu'il fait métier de vendre parleront pour lui. Veut-il désigner à l'un de ses amis tel personnage intéressant ? Il tourne vers lui le bec d'un de ses oiseaux. « Ça les fixait tout de suite. » Prenait-il ensuite sa pipe ? Il s'agissait d'un Belge. Pour un Italien, c'était sa bague. Et il avait imaginé ainsi un « tas de signes » que les initiés comprenaient très bien.

A Cherbourg, F... descend dans une « piaule » où fréquentaient des soldats et aussi des Allemands ; cette piaule était tenue par un certain Francis — était-il avec la rue Saint-Dominique ou pas ? F... se le demande encore — et il y avait là certainement « un dépôt de documents ». En tout cas, Francis et sa femme interprétaient parfaitement ses signes, et, comme il l'a écrit d'ailleurs au ministre de la Justice, ce Francis est à surveiller, car « il a la clé de tout ».

A Valognes, la seule présence de F... met en émoi et fait déguerpir trois roulottes de romanichels, qui le saluent bien bas au passage.

A Herqueville, il voit sur les journaux les photographies des deux bandits recherchés par la police : Bonnot

et Garnier ; elles ressemblaient terriblement à deux Arabes vus à Cherbourg.

De Thury-Harcourt, il envoie quelques cartes postales au ministre de la Justice, datées simplement, et signées : Malo, 16 mars. Inutile d'en dire plus long : le ministre comprendra.

A Pré-en-Pail, F... ne peut plus douter qu'il ne soit « filé » : autour de lui, des gens chantent des refrains ; en face de lui, un homme lui fait des signes voulant dire : « Ils sont là. »

Et c'est ainsi escorté qu'il arrive à A..., le mercredi 20 mars 1912, à 10 heures du soir.

Ici se placent les deux incidents relatés plus haut et qui ont conduit F..., en prison d'abord, puis à l'asile : l'affaire du cocher R... et la déclaration à la gendarmerie.

Sur le premier fait, F... est très net : l'accusation ne tient pas debout, l'acte est incompréhensible. Pour le commettre, il aurait fallu qu'il fût fou — ce qui n'est pas le cas — ou saoul, ce qui était matériellement impossible, pour l'excellente raison qu'il était arrivé à A... comme il en était parti : complètement dénué de tout. Toute cette histoire ne peut donc être, encore et une fois de plus, qu'un coup monté par ses ennemis pour lui nuire.

Quant à la déclaration à la gendarmerie, elle avait un but. F..., après sa rude campagne de contre-espionnage des deux derniers mois, si féconde en résultats, était dépisté, « brûlé ». Sa vie même était menacée, et, ce qui lui est plus cher que la vie, avec lui pouvaient périr tous les renseignements qu'il venait de recueillir, au prix de quels efforts et de quelles peines ! Certes, à plusieurs reprises, il avait écrit rue Saint-Dominique ; il avait bien envoyé un dossier de 16 pages au général Vérand. Mais, qui pouvait lui assurer que cette correspondance si précieuse n'avait pas été égarée, voire interceptée ? Un seul moyen se présentait d'en avoir le cœur net : aller lui-même à Paris, se présenter rue Saint-Dominique. Mais il n'avait pas un sou en poche et il était environné d'espions ! C'est alors que l'idée lui vint d'aller à la gendarmerie et de faire la déclaration que l'on sait : ainsi, entre deux gendarmes, il irait à Paris

en toute sécurité et sans frais. Rue Saint-Dominique, nul doute qu'il ne fût reçu à bras ouverts, et là, tout s'expliquerait.

Aussi, quelle déception pour F..., si près de toucher au but, de se voir une fois de plus méconnu et méconnu au point d'être interné dans un asile d'aliénés. Décidément, la bande ne désarme pas : elle est plus puissante qu'il ne le croyait.

Et il n'est pas au bout de son calvaire. Car ici même, derrière lui, les espions ont pénétré. Qu'est-ce en effet que ce soi-disant infirmier, ex-soldat d'Afrique, décoré de la médaille militaire (dont il paraît faire bien peu de cas) et qui a des coups d'œil tellement significatifs ; qu'est-ce, sinon un espion ? Et cet autre, qui parle allemand ? Et cet ancien officier qui porte à la boutonnière un ruban rouge qu'il prétend avoir gagné à la guerre contre l'Allemagne ? Faux officier, faux légionnaire, espions. Et chaque nouvel entrant, d'où qu'il arrive, à quelque classe sociale qu'il appartienne, vient ainsi grossir le nombre des espions qui surveillent et qui entourent F... Chaque nouveau venu appartient à « la main noire ».

Aussi, quelques jours après son internement, F... n'y peut plus tenir : le cercle autour de lui se resserre de plus en plus, une fois encore ses jours sont en danger et le secret qu'il porte en lui et dont il nous a confié une part est encore une fois menacé de s'anéantir avec lui. Et puis c'est trop lutter, c'est trop souffrir ; il perd courage et, dans un moment de lassitude, il vient nous supplier en pleurant de mettre un terme à son martyre, de lui rendre l'air, la liberté ou de le laisser mourir (23 avril).

« Pourquoi m'avoir ainsi suggestionné pour me faire rechercher des criminels ? Je ne l'avais pas demandé. Ma seule ambition était de vivre ignoré et tranquille avec ma femme et mes enfants... Plutôt la mort que de passer à nouveau par des angoisses pareilles ! »

Par bonheur, ces moments de découragement ne durent pas et bientôt F... se sent repris par la grandeur de son œuvre, sa conscience s'exalte, il raidit sa volonté, et il se hausse à nouveau à la hauteur de son rôle. « Ah ! ce que j'ai ressenti ce matin, c'est beau, c'est

magnifique! Je me figure que c'est Dieu, que c'est sainte Hélène qui me parlent. Ça me passait comme un éclair devant la tête : c'était merveilleux.

« Ce matin tout m'est revenu d'un seul coup : l'épopée de Napoléon, Jersey, la Lorraine sous les traits d'une femme en grand deuil, la frontière, les trains de mitraille, la défense des côtes. Des arbres, comme une pluie de fleurs blanches, tombait le pollen des fleurs. Et une voix disait : « Ils tiennent l'Alsace, mais ils ne la tiennent que par un cheveu. » Au même instant, hasard sublime, mes yeux se portent sur mon pantalon et j'y vois un cheveu. Ça paraît incroyable et je ne suis pourtant pas fou. »

Comment s'expliquer pareils phénomènes, comment, sinon par le spiritisme? Et ici encore, le vieil abbé ne lui a-t-il pas dit : « Le spiritisme existe, les morts peuvent parler aux vivants : tu feras un bon médium? »

Quoi d'étonnant, dès lors, à ce qu'à certains moments il ait « l'intuition » d'être le Juif errant, et qu'il sente vivre en lui « l'Aiglon »? A vrai dire, il a de bonnes raisons de penser que sa famille descend de Napoléon : naguère il a lu dans un livre, peut-être bien dans un livre de « Rostand le Magnifique », que Napoléon et La Tour d'Auvergne s'étaient quelquefois fait appeler du Malo. N'est-ce pas un motif suffisant de croire qu'il descend du grand empereur plutôt que de Louis XVI, comme il l'avait pensé un moment?

Lucien F..., dit Malo, est né à Alençon le 10 mai 1884. Son père, correcteur d'imprimerie, alcoolique, absinthique, divorça d'avec sa femme et mourut à l'âge de trente-neuf ans à l'hôpital Beaujon.

F... fut élevé par sa mère. Intelligent, apprenant bien, il eut à onze ans son certificat d'études. Il suivit encore un an les cours complémentaires puis entra comme apprenti dans une verrerie. Mais, instable, ne pouvant tenir en place, dès l'âge de quatorze ans, il quitta sa mère, qui, disait-il, marquait des préférences pour sa sœur, et traîna quelque temps sur le pavé de Paris. Sa grand'mère paternelle vint l'y chercher et le prit avec elle à Alençon, mais ici encore il crut s'apercevoir « qu'il était mal vu de tout le monde » et il

« se mit sur la route ». Arrêté pour vagabondage, il fut ramené à Alençon. Il n'y resta que quelques semaines et revint à Paris, où il se fit camelot. En janvier 1903, il encourut une condamnation à six mois de prison avec sursis pour outrage public à la pudeur : il avait été racolé aux Champs-Élysées par un artiste lyrique qui, sur la promesse de quelques sous, l'avait entraîné dans un urinoir et s'était livré sur lui à des attouchements obscènes. Après cette mésaventure, il quitte Paris, passe en Tunisie, se place comme infirmier à l'hôpital civil français de Tunis et y contracte la fièvre typhoïde. Guéri, il rentre à Paris chez sa mère, fait à Versailles la connaissance d'une bonne de restaurant et l'épouse le 26 août 1904, malgré les conseils des siens. En octobre 1905, il est appelé au service militaire à Mamers ; en décembre suivant, il contracte une broncho-pneumonie et, pendant sa maladie, il s'aperçoit que sa femme, venue à l'hôpital pour le soigner, le trompe avec un de ses camarades de régiment. Il dépose une demande en divorce et part chez sa mère en congé de convalescence de trois mois. Le 12 juin suivant, à son retour à Mamers, il trouve encore une fois sa femme en compagnie d'un soldat ; il la frappe et se voit condamné pour ce fait à 16 francs d'amende par le tribunal de Mamers (17 octobre 1906). Entre temps, il avait été réformé temporairement (16 juillet 1906). Il reprend son métier de camelot ; il vend maintenant des petits jouets, des chiens en coton hydrophile qu'il fabrique lui-même et il parcourt ainsi une partie de la France, l'Égypte et la Turquie. En 1908, nous le retrouvons en Allemagne. En 1909, à Lisieux, il fait dans l'auberge où il loge la connaissance d'une bonne qu'il enlève et avec laquelle il vit depuis lors maritalement. Il en a deux enfants. Pour subvenir aux besoins du ménage, il a l'ingénieuse idée de fabriquer avec de l'argile plastique de petits bibelots (nids d'oiseaux, encriers, etc.) dont il trouve facilement la vente et qu'il place très avantageusement.

Malheureusement, il a contracté depuis quelques années des habitudes alcooliques et il consacre à les satisfaire le plus clair de ses gains. Vers septembre-octobre 1910, il était venu à A... avec l'intention de s'y fixer. A cet effet, il avait acheté quelques meubles et

loué une chambre, rue du Bas-de-Montsort ; c'est là qu'il était revenu trouver sa femme et ses enfants le 20 mars dernier.

Physiquement, F... est un homme d'apparence robuste, bien constitué. Les maladies dont il a été atteint (fièvre typhoïde, broncho-pneumonie) ne paraissent pas avoir laissé en lui de reliquat appréciable, si ce n'est une toux quinteuse qui ne se traduit par aucun signe précis d'auscultation. L'intoxication alcoolique, sans doute de date récente, ne se révèle encore chez lui par aucun signe physique appréciable.

Morphologiquement, nous ne trouvons à noter chez F... qu'une légère asymétrie cranio-faciale.

La physionomie clinique de F..., telle qu'elle ressort de l'exposé qui précède, apparaît assez complexe. Avant de la réduire en une formule, nous devons essayer d'en préciser quelques traits.

F... tout d'abord est un mégalomane. Dès son jeune âge, nous a dit sa mère, il laissait entendre qu'il était appelé à de hautes destinées, et il tenait son entourage, ses petits camarades, sa famille en un certain mépris. Il a toujours manifesté une haute opinion de lui-même, de ses capacités : à l'en croire, il serait le seul à savoir fabriquer des bibelots en terre plastique ; partout où il passe, son ingéniosité, la dextérité de ses doigts provoquent l'admiration. Dès qu'il s'est voué au contre-espionnage, il y a excellé ; il a conscience aujourd'hui d'être un grand policier. Il a même fait un pas de plus dans cette voie du délire des grandeurs : il travaille en ce moment à se forger une généalogie imaginaire, une ascendance illustre, et la dernière note qu'il nous a remise était signée carrément : l'Aiglon. A vrai dire, il en est encore à cette phase du délire où l'énormité de la conception délirante choque ce qui peut subsister d'esprit critique : d'où ses hésitations et ses réticences. Il ne se confie encore qu'à qui lui paraît apte à le comprendre. Mais il est visible que le secret devient pour lui tous les jours de plus en plus lourd à garder et le moment est proche où, publiquement, il l'extériorisera.

En même temps que mégalomane, F... est aussi et

au même degré, persécuté. Et ici encore, ainsi qu'il arrive souvent, il n'a fait que réaliser dans son âge mûr une tendance déjà marquée de son jeune âge. Enfant, il a toujours cru — bien à tort nous affirme sa mère — que sa sœur lui était préférée ; à quatorze ans, il abandonna le toit de sa grand'mère parce qu'il s'y croyait « mal vu ».

Au régiment, il a trouvé des gens acharnés à lui nuire : un sergent, un médecin-major ont usé de tous les moyens, même les plus déloyaux, pour l'empêcher d'obtenir la pension de réforme à laquelle il prétendait avoir droit. Depuis lors, il n'a cessé d'ailleurs de revendiquer son dû : l'épître de 16 pages au général Vérant n'était pour une bonne part que l'exposé de ses doléances et de ses réclamations.

Dans l'accomplissement de la mission qu'il s'était donnée, il ne compte plus, nous l'avons vu, ni ses déboires, ni ses ennemis ; c'est toute une ligue qu'il a maintenant contre lui, et si agissante, si menaçante qu'à certains moments il devient anxieux pour sa vie et qu'il présente de véritables crises de panopobie.

Dans un autre ordre d'idées, ses mésaventures conjugales — trop réelles, semble-t-il — n'ont pas peu contribué à l'aigrir et à développer les tendances soupçonneuses de son caractère. « J'ai été bafoué toute ma vie », répète-t-il volontiers. Aussi est-il maintenant enclin à voir partout autour de lui la trahison ; la compagne qu'il s'est donnée et sur la fidélité de laquelle il croyait jusqu'à ces derniers temps pouvoir compter a perdu maintenant sa confiance ; devant nous, brutalement, il lui a reproché de l'avoir trompé et il a décliné nettement la paternité de son deuxième enfant.

Idées de grandeur et idées de persécution se sont donc développées en quelque sorte parallèlement chez F... Par quel mécanisme ? il n'est pas sans intérêt de le rechercher.

De prime abord, il pourrait paraître que F... est surtout la victime d'une erreur de ses sens et qu'il est le jouet d'hallucinations variées, atteignant à la fois l'ouïe et la vue. Evidemment, l'hallucination a sa part et tient son rôle dans la genèse du délire de F... ; c'est à elle, par exemple, et à n'en pas donter, qu'il faut attri-

buer les visions merveilleuses que nous décrit F... : Napoléon, la Lorraine, la frontière, etc., et les voix séraphiques qu'il assure entendre : « Ils tiennent l'Alsace, etc. » Mais l'hallucination n'est pas chez F... l'élément pathogénique essentiel du délire : elle n'est qu'un phénomène épisodique, survenant par crises, par paroxysmes, et dont le caractère insolite n'échappe pas au malade lui-même. N'avons-nous pas vu, en effet, en quels termes il s'en étonne : « C'est invraisemblable, et pourtant je ne suis pas fou, etc. », et comment il se préoccupe de leur trouver une explication plausible : le spiritisme ? L'hallucination, jusqu'à ce jour tout au moins, n'apparaît donc chez F... que comme un phénomène secondaire, et comme fréquence, et comme date d'apparition et comme partie prenante au délire.

Le trouble morbide fondamental nous paraît être un phénomène d'un autre ordre, d'ordre intellectuel, en rapport non plus avec les appareils sensoriels, mais avec les facultés logiques : *l'interprétation délirante*, qu'il est permis de définir *un raisonnement faux ayant pour point de départ une sensation vraie*. Exemple : quand F...; entrant dans un débit, reçoit le conseil : « vous devriez aller à tel endroit, vous y vendriez bien votre marchandise », il entend parfaitement une phrase réellement dite et il n'y ajoute pas un mot de son cru. Mais, sur cette phrase correctement perçue par ses sens, son esprit travaille et là où tout autre ne verrait qu'une bienveillante banalité, lui découvre tout un monde de sous-entendus : dans ces quelques mots si simples, — *multa paucis*, — la tenancière du débit a condensé toute une série d'idées. D'abord, elle a voulu montrer qu'elle l'avait parfaitement reconnu, lui, Malo, le grand chef du contre-espionnage ; puis elle a su marquer qu'elle était d'intelligence et de cœur avec lui, c'est-à-dire avec la rue Saint-Dominique ; enfin, elle lui a immédiatement indiqué la filière sur laquelle, à son avis, son flair et ses talents trouveraient le plus utilement à s'employer.

C'est sur de pareilles erreurs de raisonnement que repose tout le délire de F... et il nous serait aisé de montrer, comme nous venons de le faire pour une phrase prononcée, comment il dénature et travestit de même,

comment il « interprète » regards, gestes, sourires les plus insignifiants.

Or, il est à remarquer qu'au rebours de ce qui a lieu pour ses hallucinations, F... n'a aucunement conscience de ses fausses interprétations. Tout au contraire : il n'admet pas qu'on en discute le bien-fondé, il s'irrite quand on le contredit et il a puisé dans cette faculté interprétative la plus haute opinion de sa clairvoyance et de sa perspicacité. Il faut l'entendre vanter son ingéniosité, la rapidité et la sûreté de son coup d'œil à dépister les espions !

F... en est même arrivé à ce point que sa manie interprétative ne lui laisse plus voir ni les personnes ni les choses sous leurs dehors habituels. Dans quelque milieu qu'il se trouve maintenant, tout lui paraît étrange, apprêté, truqué et il est à chaque instant victime de ce phénomène particulier qu'on a appelé *l'illusion de fausse reconnaissance*. Les illusions de cette nature abondent dans son délire ; il nous suffira d'en rappeler quelques-unes : le terrassier de Beaune retrouvé trois ans plus tard à Lisieux, l'Italien de Tunis mis en fuite à Bayeux, Bonnot et Garnier sous les burnous des Arabes, le général Vérand à Valognes, etc...

Et, cependant, à qui converse avec F... et, *a fortiori*, à qui l'examine, une remarque s'impose : malgré la multiplicité et l'intensité des troubles morbides, — illusions de fausses reconnaissances, interprétations délirantes, hallucinations, — malgré l'absurdité de certaines conceptions mégalomaniaques, il n'y a chez F... aucun indice d'un affaiblissement général des facultés intellectuelles. La physionomie est éveillée, la mimique expressive, l'élocution facile, imagée ; F... conte avec verve et humour, il ne dédaigne pas d'émailler son discours de traits d'esprit, de réflexions d'ordre général qui dénotent une certaine élévation d'idées. La mémoire est d'une sûreté parfaite ; il ne s'égare jamais dans l'écheveau cependant bien embrouillé de sa vie, il situe parfaitement ses aventures et dans les lieux et dans le temps. Par moment même, il éprouve une sorte d'exaltation de la mémoire, une sorte de crise hypermnésique, au cours de laquelle, brusquement, reviennent à la surface de sa conscience une série d'événements passés,

toute une tranche de vie. La part faite d'ailleurs de sa vanité morbide, il est parfaitement exact qu'il ne soit ni sans intelligence, ni sans ingéniosité : les petits bibelots qu'il modèle, avec une rapidité surprenante et une grande simplicité de moyens, ne manquent ni d'originalité, ni de cachet.

Ce qui caractérise à nos yeux l'état mental de F..., ce n'est donc pas l'affaiblissement de ses facultés intellectuelles, mais bien plutôt leur déséquilibre et leur désharmonie. Il a des aptitudes brillantes, un esprit inventif, mais ces dons naturels sont stérilisés par une instabilité extrême et par une insigne faiblesse de la volonté. Il en convient lui-même, il lui est impossible de rester en place, de limiter et de fixer son activité à une tâche déterminée ; il se dégoûte vite, se décourage aisément et n'oppose aucune résistance aux sollicitations malsaines ; devant la tentation à boire, en particulier, il reste sans défense aucune. Héritairement taré, d'ailleurs, puisque fils d'alcoolique, F... se présente en somme avec les principaux attributs du *dégénéré*.

La personnalité clinique de F... étant ainsi définie, — délire de persécution et de grandeur avec interprétations délirantes multiples, hallucinations épisodiques de la vue et de l'ouïe, illusions de fausse reconnaissance chez un dégénéré héréditaire et alcoolique, — nous devons et nous pouvons examiner les diverses questions qui nous sont posées.

Il nous paraît évident, tout d'abord, que F..., complètement dominé par son délire, lequel absorbe, à l'heure actuelle, toutes ses facultés, ne saurait être considéré comme responsable de ses actes.

Le 24 mars dernier, en particulier, date du délit relevé à sa charge, F... se trouvait certainement en pleine activité délirante ; il était en état de démence, au sens juridique de ce mot.

Aliéné et irresponsable, F... est une cause de trouble pour l'ordre public et peut devenir dangereux pour la sécurité des personnes. Si sa manie d'écrire aux autorités peut être considérée comme anodine, ses dénonciations répétées ne sont pas sans inconvénients ni pour lui, ni pour les personnes qui sont victimes de ses méprises. Par ailleurs, ses idées de persécution, compli-

quées aujourd'hui de crises panophobiques, sont de nature à faire redouter de sa part des réactions violentes. « Brûlé » et traqué, F..., une première fois, a cherché aide et protection auprès de la gendarmerie ; il est douteux qu'il soit tenté de renouveler une expérience qu'il considère avoir mal tourné pour lui ; il est beaucoup plus vraisemblable et beaucoup plus à craindre que, dorénavant, en pareille occurrence, il ne se défende lui-même par ses propres moyens : cette résolution prise, F... serait dangereux. Pour ces motifs, il nous semble que F... ne saurait actuellement vivre et circuler librement dans la société et que la seule mesure justifiée à son égard soit l'internement dans un asile d'aliénés.

CONCLUSIONS

- 1° F... (Lucien), dit Malo, est atteint de délire de persécution et de grandeur ;
- 2° Il n'est pas responsable de ses actes ;
- 3° Il y a lieu de le faire interner dans un asile d'aliénés.

Fait à A..., le 14 mai 1912.

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu fut rendue et F... fut interné à l'asile d'A... le 20 mai 1912.

Établissements d'aliénés

DES

INCONVÉNIENTS, IMPERFECTIONS ET DANGERS DES COLONIES FAMILIALES D'ALIÉNÉS

Par le D^r A. RODIET,

Médecin en chef de la Colonie de Dun-sur-Auron.

Suite et fin (1).

Enfin, en France, aussi bien que dans tous les autres pays, on a fait aux colonies d'aliénés un reproche d'ordre économique, qui paraît être le principal grief des adversaires de l'assistance familiale. « Elles font sortir des asiles, a-t-on dit, les malades travailleurs. » Ces malades travailleurs, surtout les hommes, si utiles à l'établissement dans lequel ils sont internés, ne trouvent pas toujours à s'occuper dans les petits pays où ils sont envoyés à cause de l'absence de main-d'œuvre. En même temps que le désœuvrement peut être nuisible au malade, il en résulte une perte pour le budget de l'asile : 1° à cause de la diminution des bénéfices à tirer du travail des aliénés ; 2° à cause de l'obligation de remplacer ces malades par des ouvriers du dehors.

A cette objection, le D^r Olof Kilberg, rapporteur pour la Suède au Congrès d'assistance de Milan (1907), a

(1) Voir les *Annales* d'avril, de mai, de juin et de juillet 1913.

répondu que la sortie des travailleurs des asiles serait une sollicitation pour les médecins de faire travailler un plus grand nombre d'aliénés. Ceux-ci remplaceraient les malades désignés pour la colonie. D'autre part, le D^r Co-roy a montré qu'il y avait là un cercle vicieux : « Les aliénés en travaillant pour l'asile, lui épargnent des frais, a-t-il dit, mais ces frais deviennent plus lourds à cause du nombre excessif des aliénés. »

En ce qui concerne les femmes assistées à Dun, on a fait observer que les colonies familiales enlevaient aux asiles de la Seine leurs bonnes couturières et qu'ainsi le prix de journée de ces asiles était augmenté. Nous répondrons qu'à la colonie aussi bien qu'à l'asile, ces bonnes ouvrières travailleraient, si on le veut, pour le département qui les assiste. Pourquoi, en effet, la confection de certaines pièces de lingerie destinées aux malades des asiles de la Seine ne serait-elle pas confiée aux pensionnaires de la colonie, sous le contrôle de la surveillante du vestiaire? Tout le monde y trouverait son compte : 1^o nos malades, qui pourraient toutes travailler et toucheraient ainsi un pécule régulier de 0 fr. 30 par jour ; 2^o le département, qui paierait moins cher qu'aux ouvrières du dehors, ou aux fournisseurs qui servent d'intermédiaires, les chemises, mouchoirs, jupons, etc. Les malades travailleuses rendraient ainsi au département les mêmes services à la colonie qu'à l'asile.

Je ne m'étonne donc pas, à cause des inconvénients que je viens d'énumérer, que les médecins des asiles de la Seine ne choisissent pas de malades plus nombreux pour les colonies. Je remercie, au contraire, mes collègues des établissements d'aliénés de la banlieue de Paris, de leur prudence et de leur réserve en ce qui concerne le choix de nos pensionnaires. Rien n'est plus délicat pour un médecin que d'engager la responsa-

bilité d'un confrère. Les aliénés qui sont transférés en colonie familiale sont appelés à vivre en liberté et nous, médecins de la colonie, nous devenons responsables de leurs actes. Qu'un homicide, un attentat à la pudeur, un accès de violence se produisent et notre responsabilité est engagée. Exemple : Telle malade, le lendemain de son arrivée à la colonie, va gifler le curé dans son église parce qu'il représente pour elle « l'Antechrist ». J'endosse le scandale et suis obligé d'aller faire des excuses et d'arranger l'affaire. Certes, le médecin qui a décidé de mettre cette malade en liberté ne pouvait pas prévoir qu'elle réagirait ainsi à ses idées mystiques. Toutefois, je comprends qu'il ait désormais des scrupules et qu'il hésite avant d'établir une nouvelle liste.

Pour ma part, je suis toujours très embarrassé, lorsque, dans les asiles de province où je vais en mission, je dois choisir les malades destinés à vivre à Ainay-le-Château. Si je commets des erreurs et j'avoue que, chaque année, je n'y manque pas, j'en éprouve toujours quelque ennui. Je m'efforce cependant d'être encore plus sévère et plus circonspect que pour mes futures pensionnaires de Dun. Des actes commis par celles-ci, j'aurai à prendre la responsabilité. Pour les hommes d'Ainay-le-Château, j'impose cette responsabilité à mon collègue, et le jour où je mets en liberté un aliéné dangereux, ou seulement incapable de s'adapter à son nouveau milieu, je crée au médecin de la colonie dans laquelle il est transféré une lourde charge et de graves soucis. Si donc je suis embarrassé pour mon choix de malades, moi qui vis à la colonie et qui sais dans quelles conditions nos malades sont placés, j'admets à plus forte raison l'embarras des médecins des asiles. La plupart de ces médecins ignorent, en réalité, quelle est la vie de nos pensionnaires. Sans doute, ils sont venus à Dun ou à Ainay, ils ont visité quelques placements, ils ont exposé

des objections et des critiques, ou bien exprimé des louanges, mais leur connaissance de la colonie n'en reste pas moins toute superficielle. N'ai-je pas entendu un médecin de la Seine, me dire : « Les colonies familiales sont faites pour hospitaliser les gâteux. » Et comme je lui demandais : « Avez-vous fait une visite à Ainay et à Dun? — Certainement, m'a-t-il répondu, et c'est là que j'ai acquis mon opinion. » Or, à Ainay, pour une population de 480 malades environ, on compte 23 lits d'infirmierie (1). Quant aux nourriciers, nul n'ignore qu'il est impossible, sans quelques exceptions, de leur confier des malades gâteux. Et puis, à quoi bon laisser en liberté des malades qui, pour la plupart, sont incapables de quitter leur lit ou leur chaise percée. En revanche, les médecins qui ont vécu dans les colonies familiales, choisissent avec prudence les malades qu'ils nous envoient et nous confient que des pensionnaires, non seulement aptes à bénéficier du placement familial, mais encore destinés à s'améliorer par la vie en colonie.

On ne saurait trop répéter que l'existence du malade en colonie familiale est tellement différente de celle qu'il menait à l'asile que, du choix des aliénés destinés à vivre à Ainay et à Dun plutôt que de leur nombre, dépend la prospérité des deux colonies. Il n'y a pas d'autre raison à l'impossibilité d'accroître le chiffre de notre population. Tous les médecins qui se sont succédés dans les deux colonies sont du même avis et la Société médicale des asiles de la Seine a exprimé une opinion analogue dans le rapport adressé à ce sujet en 1907 au préfet de la Seine.

J'estime, pour ma part, qu'il suffirait de quelques

(1) A cause de l'opposition des nourriciers et de l'exiguité des locaux, la colonie d'Ainay ne conserve pas de gâteux, même parmi les malades depuis longtemps assistés à la colonie.

malades qui, par suite de leurs idées délirantes ou de leur agitation, causeraient du scandale, commettraient un attentat à la pudeur ou un crime semblable à celui que je relaterai plus loin ou allumeraient un incendie, pour que la responsabilité de tous ceux qui décident de la sortie de malades soit gravement engagée. A l'occasion du renouvellement de nos contrats d'assurances, j'ai même adressé cette année un rapport au préfet sur cette question des risques à encourir en cas de sinistre. Je faisais part des appréhensions que j'éprouve depuis mon arrivée à la colonie de Dun au sujet d'un incendie qui pourrait être causé par une de nos malades, soit chez les nourriciers, soit chez des particuliers. Aurions-nous une responsabilité? Quelle serait cette responsabilité et quels sont nos risques? Je sais bien que l'article 35 du règlement de la colonie, inscrit sur le carnet des nourriciers, est ainsi conçu : « L'administration rappelle aux nourriciers qu'en toutes circonstances telles que délits, dégâts commis et dommages occasionnés par les pensionnaires dont ils ont la garde, ils assument les responsabilités qui en découlent proportionnellement à la négligence qu'ils ont pu apporter à la surveillance des malades à eux confiés. »

Mais une compagnie d'assurances ne pouvant rien obtenir des gens pauvres que sont les nourriciers, n'aurait-elle pas recours à nous et contre nous? Je sais bien aussi que nous veillons avec soin à ce que les nourriciers ne confient pas de lampe aux malades inconscientes et indociles. Mais, d'autre part, il faut bien, pendant l'hiver, que ces malades aient du feu dans leur chambre. En outre, parmi les pensionnaires de la colonie, un grand nombre travaillent et ont acheté à leurs frais soit une lampe, soit de la bougie, soit même un réchaud à alcool. Malgré toutes les recom-

mandations aux nourriciers et aux malades, ne peut-on pas redouter un jour ou l'autre un accident ?

Il ne faut pas songer, en effet, à empêcher ces malades de s'éclairer. Surtout en hiver, où la nuit tombe à 4 h. 1/2, elles ne consentiraient jamais à rester dans l'obscurité jusqu'à l'heure de se coucher. Quant à les obliger à passer toute la soirée dans la chambre de leurs hôtes, quelques-unes le font volontiers. La règle ne peut pas être absolue, à cause de l'exiguïté de la chambre, du nombre des enfants, de l'indocilité de certaines pensionnaires, etc.

A vrai dire, aucun incendie n'a été causé par les malades depuis que la colonie existe. Le fait peut se produire. D'ailleurs, ne faut-il pas aussi compter avec une population qui, à Dun, est de 4.687 habitants. De quel droit imposerions-nous à ces gens et surtout à leurs enfants le spectacle d'aliénés indécents, grotesques ou grossiers. La première réflexion qui m'a été faite par le directeur de l'assistance et de l'hygiène, lors de ma visite chez lui en qualité de directeur de la colonie, a été la suivante : « Je me demande si le spectacle de vos aliénés vivant dans les familles n'est pas du plus déplorable effet sur l'esprit des enfants, leur éducation et leur instruction. » A cette question, j'ai répondu dans un article de *La Revue* (1), après avoir demandé l'avis d'un vieil instituteur du pays, qui, d'observations faites pendant vingt ans depuis le début de la colonie, a pu conclure que, même à ce point de vue, le placement familial n'a pas eu de mauvais résultats, mais il ajoute : « Surtout depuis que les malades sont choisis de façon à ne pas donner à nos enfants un spectacle pénible ou indécent. »

De très bonne foi, certains médecins d'asile qui ne

(1) *La Revue*, 15 septembre 1912.

connaissent pas les colonies, ou ne les connaissent pas assez, sont encore opposés à l'institution de l'assistance familiale. Pendant les voyages que je fais chaque année dans les asiles de province pour recruter des pensionnaires destinés au placement familial, j'ai à répondre à des objections comme celles-ci :

« Que ferez-vous le jour où un de vos malades mettra le feu chez un habitant du pays qui ne sera pas son nourricier ? Comment empêcherez-vous, car il est impossible que la surveillance des nourriciers soit toujours efficace, qu'une de vos pensionnaires devienne enceinte ou même que, sous l'influence d'idées délirantes subites ou d'un état hallucinatoire aigu, elle ne commette un crime ? » ou bien ; « Vos malades sont exploités par les paysans qui les hébergent. Avec le prix de journée consenti par le département, les familles qui assistent les aliénés ne peuvent pas les nourrir. Quel intérêt peut trouver l'aliéné qui travaille à l'asile et jouit d'une certaine liberté, à sortir de cet asile pour vivre au dehors dans un petit pays, chez des paysans. »

A toutes ces objections, je réponds : « Vous viendrez à la colonie, vous consulterez les observations inscrites par les parents (1) sur les améliorations constatées dans l'état de leurs malades et le parallèle qu'ils établissent entre la vie à l'asile et la vie à la colonie, et surtout vous interrogerez vos anciennes pensionnaires. Je leur laisse le soin de vous convaincre. »

Il est vrai que certains ne veulent pas être convaincus, et le meilleur exemple que je puisse donner de ce parti pris incompréhensible est celui du D^r Lagriffe, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre. Ce distingué

(1) Un registre d'observations et de réclamations est présenté à toutes les familles qui viennent visiter leurs malades à Dun. Cette excellente coutume avait été instituée par le D^r Marie.

collègue n'est jamais venu à Ainay ni à Dun. Lors d'une visite que je lui ai faite à Auxerre, il m'a avoué ignorer complètement le système des colonies et à une lettre courtoise que je lui ai adressée pour l'inviter à voir avant de juger, il n'a pas même répondu par un refus poli. Néanmoins, dans la *Revue d'Assistance* du 15 juillet 1912 (1), le D^r Lagriffe exprime ce jugement définitif : « Le placement familial n'a que des inconvénients économiques et moraux : il est dispendieux, l'exemple des colonies familiales de la Seine en est la plus belle démonstration. »

En revanche, lorsque les médecins des asiles ont bien voulu passer à Ainay ou à Dun le temps nécessaire à l'étude de l'assistance familiale dans notre pays, presque toujours ils décident eux-mêmes leurs malades, dans leur intérêt, à vivre en colonie. C'est ainsi que, pour prendre un exemple entre plusieurs, le D^r Le Cuziat, de l'asile de Bégard, m'a désigné 18 malades femmes de son service qui, toutes, sauf une seule, se déclarent très satisfaites de leur nouvelle existence. De même j'ai reçu le 29 avril 1911 un convoi de 16 malades choisies par le D^r Trénel à Maison-Blanche. Toutes ces pensionnaires se sont aisément adaptées au placement familial. Dans son rapport au Préfet de la Seine, l'année dernière, le D^r Bonnet a bien voulu rappeler les avantages de la vie en colonie pour des malades qu'il avait lui aussi choisies à Maison-Blanche et citer la lettre de l'une d'entre elles qui s'estime tout à fait heureuse de son sort.

Malgré ces faits indiscutables, ce n'est pas seulement

(1) *Revue philanthropique*, 15 juillet 1912. « Du placement familial des pupilles de l'Assistance publique » (*Revue d'assistance*, p. 305). Étude critique présentée par R. Marois, inspecteur de l'Assistance publique, au nom du personnel de l'inspection de l'Yonne.

dans l'esprit des médecins que des doutes subsistent sur l'opportunité du placement familial des aliénés. Lors de sa première visite à Dun, le préfet du Cher ne m'a pas caché qu'il était l'adversaire de l'assistance des « fous » en dehors de l'asile. Aussi bien pour le malade que pour ses hôtes, il ne voyait que des inconvénients à la vie des aliénés en colonie. Toutefois, après avoir consenti à visiter quelques placements et avoir pris soin d'interroger les pensionnaires, il a modifié lui-même son opinion et a paru très étonné des heureux résultats obtenus. Je n'avais choisi ni les nourriciers ni les pensionnaires.

D'ailleurs, j'ai démontré que si l'assistance familiale présente des inconvénients, ces inconvénients peuvent être corrigés. En réalité, le système des colonies d'aliénés présente surtout des avantages et ces avantages ont été reconnus depuis longtemps. L'institution de l'assistance familiale des aliénés a même dépassé de beaucoup le cadre de sa destination première, car non seulement elle désencombre les asiles de ceux des malades qui, étant inoffensifs, ne peuvent être soignés dans leur propre famille, non seulement elle assure à ces infirmes de l'intelligence une vie plus libre et plus heureuse, mais encore elle est devenue un facteur économique important dans l'existence de toute une région.

LE SERVICE

DE LA

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

A LA FACULTÉ DE TOULOUSE

LETTRE DE M. LE PROFESSEUR REMOND (DE METZ)

au rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*.

MON CHER CONFRÈRE,

Je viens vous faire mes adieux d'aliéniste. Je quitte l'enseignement de la médecine mentale pour prendre celui de la clinique générale, et cela à un moment de la vie où l'effort commence à être plus lourd. Il est mauvais de parler de soi, mais les motifs qui ont déterminé cet exode sont d'ordre général et non particulier. J'ai assisté pendant vingt-deux ans au sabotage systématique d'une branche de l'enseignement, et c'est parce que je n'ai en rien souffert de cet ordre de choses ni dans mes intérêts privés, ni dans ma clientèle, ni dans mes rapports avec l'autorité judiciaire, ni dans aucun ordre de choses qui me fussent personnelles, mais seulement dans le sentiment que j'avais du désordre incroyable auquel j'ai assisté, que je crois bon, en partant, de signaler publiquement ce que j'ai vu.

Le décret constitutif de la Faculté prévoyait la création d'un service des maladies mentales. Ce service me fut confié après mon concours d'agrégation de médecine générale. Pendant trois années consécutives, les locaux qui m'avaient été affectés restèrent vides et l'enseignement que je pus donner se fit un peu partout, sans qu'il me fût possible de trouver des sujets. Aucun des

chefs de l'enseignement public ne parut s'émouvoir de cet état de choses.

Puis on m'aménagea deux salles. C'étaient deux salles fort grandes qui furent recoupées par des cloisons portant à même sur un plancher commun et ménageant une salle commune et des cabinets d'isolement (?). Dès qu'un malade se plaignait ou criait dans une de ces salles, tout le monde en souffrait.

On me donne, comme service d'hydrothérapie, une vieille installation condamnée par Esquirol au commencement du siècle dernier. Il faut, pour y arriver, traverser des escaliers, des corridors, une grande cour. Impossible de l'employer l'hiver ou par la pluie.

Le service des cabinets fut construit à même les salles. Un appentis, fermé par une porte mal jointe, communique directement, par un trou percé dans le sol et par un tuyau vertical avec la fosse. Vous devinez les odeurs qui envahissent la salle dès que les conditions atmosphériques s'y prêtent. Je n'y ai jamais vu jeter qu'un peu de chlorure de chaux qui modifiait l'odeur, mais ne la supprimait pas.

Des locaux m'avaient été assignés comme salles de cours. Ces locaux sont inhabitables à cause de l'humidité excessive qui suinte des murs, et cela parce que ces murs soutiennent un chemin de ronde.

Voilà pour l'installation matérielle; il m'a fallu des années et pas mal d'accidents pour obtenir le capitonnage d'une cellule pour chaque sexe; des années, pour faire supprimer une organisation tellement défectueuse des fenêtres que les malades, montant sur une tablette d'appui fort élevée, se blessaient en se jetant par terre la tête en avant.

Les conditions d'hospitalisation étaient et ne sont pas moins étranges. Les malades sont placés, dans ce service qui est cependant illégal, sous un régime bizarre qui comporte un certificat de vingt-quatre heures, un certificat de quinzaine, un certificat de maintien après vingt jours, un certificat de mise en liberté ou d'entrée à l'asile après quarante jours.

Après quarante jours, je pouvais, au début, faire une sortie fictive et conserver les sujets intéressants pendant un temps plus long. Cette faculté me fut vite retirée,

même pour des malades qui, payant 5 francs par jour pour habiter ce taudis, constituaient un revenu plutôt qu'une charge. Il me fut interdit de recevoir deux fois le même malade, quel que fût l'éloignement des crises délirantes. Deux ans, trois ans, cinq ans séparaient deux demandes d'entrée, l'évacuation immédiate sur l'asile était exigée dans tous les cas de réinternement. Puis, j'obtins un allègement. Un malade ne pouvait entrer deux fois la même année ; mais comme cela me permettait de faire durer des observations du 20 novembre au 10 février, il y eut une nouvelle modification et on m'imposa un intervalle de douze mois entre la sortie et la nouvelle entrée. J'ai vu des circulaires être gardés par leur famille, au grand dommage de tout le monde, pour échapper au séjour à l'asile que cette disposition leur infligeait.

Et cependant ce service eût constitué un soulagement notable pour les finances départementales s'il avait été organisé autrement. J'ai obtenu en moyenne, après quarante jours de séjour, 40 p. 100 de remises en liberté. Ce n'était pas l'asile ; les malades et les familles ne venaient là, malgré les formalités, qu'un séjour hospitalier. Ils venaient de bonne heure demander un conseil ou un traitement. J'ai pu constater l'heureux effet de l'isolement précoce. Pendant le même cycle, mon collègue et ami Dubnisson, directeur de l'asile, ne voyait guérir qu'une moyenne de 20 p. 100 de ses sujets sur une durée de séjour de huit mois. Comme il recevait directement les malades ruraux, la clinique étant affectée aux seuls urbains, les chiffres sont comparables, et le bénéfice financier est facile à calculer. Je ne parle pas du bénéfice moral. L'asile évité, c'est pour les humbles une tare douloureuse en moins. J'ai fait de nombreuses démarches. J'ai vu Clemenceau quand il était ministre de l'Intérieur. Il a compris et a fait faire une enquête, rapidement. Le ministère est tombé. J'ai vu Briand ; il y a mis moins de bonne grâce, a moins cherché à comprendre, mais a cependant ordonné une nouvelle enquête. Les rapports sont dans des cartons. J'ai parlé de cet état de choses au directeur de l'enseignement supérieur ; je n'ai trouvé qu'une indifférence absolue.

Cette période a duré cinq ans. Avant cela, j'étais, grâce à l'administration académique locale, sûr de rencontrer une telle hostilité à toute réforme que je n'ai même pas songé à élever une protestation.

J'ai signalé, il y a un an, au doyen et au recteur actuels, tout ce que cet état de choses, locaux et administration, avait de défectueux et combien il était nuisible aux intérêts des malades et des étudiants. J'ai provoqué une visite du préfet. Tous trois ont compris, tous trois ont été profondément écœurés, tous trois ont certainement apporté à l'étude de ce problème, pourtant simple, une attention bienveillante. Ils n'ont rien pu faire. Deux ministres intéressés, celui de l'Intérieur et celui de l'Instruction publique sont restés indifférents.

Je m'en vais. J'avais annoncé mon intention de me libérer de cette charge morale que ne compensèrent que de trop médiocres ressources scientifiques, quand un autre poste, dont la vacance se devinait prochaine, serait libre. La vacance s'est produite et j'ai demandé mon changement. Mais le service reste et c'est parce qu'il présente au point de vue de l'enseignement et des malades des possibilités de ressources précieuses que je formule aujourd'hui ces plaintes. L'état de choses que j'ai supporté m'a valu quelques aventures, à la fois amusantes et cruelles. Le professeur Hitzig, de Halle, a visité jadis ce service. Il n'a pas voulu admettre que ce fût la clinique des maladies mentales et a cru qu'on se moquait de lui. Il y a deux ans, un collègue russe est venu me voir. Après sa visite, il me dit : « Je comprends maintenant le mot français : se débrouiller. » Les inspecteurs du ministère de l'Intérieur n'ont rien dit, leurs rapports sont enfouis dans les tiroirs qui ne se rouvrent jamais. Mais je présume qu'ils disent des choses pénibles.

Il faudrait que l'on profitât de ce changement de personnes pour amender ce qui est trop défectueux. Un ordre du ministère de l'Intérieur ferait rentrer dans le domaine du service les locaux voisins où sont parqués des épileptiques, des idiots, des déments, que ne surveille et que ne traite régulièrement aucun aliéniste. Il faudrait que le service fût ouvert. A quoi bon des enquêtes de police, des certificats, pour entrer dans une salle d'hôpital où la durée de séjour est limitée ? Il

faudrait que ce séjour fût prolongé. De ce que j'ai vu, il faut disposer de quatre-vingt-dix jours comme durée maxima pour guérir un aigu ou constater que l'on a affaire à un chronique. Après ce temps, on en peut exiger la sortie ou l'évacuation sur l'asile avec toutes les garanties nécessaires. Le chef de service aura pu soigner ses malades et le pourcentage de guérisons atteindra facilement 50 à 60 p. 100.

Quelques billets de 1.000 francs, une vingtaine peut-être, un arrêté préfectoral, une décision ministérielle suffiraient à modifier de fond en comble ce qui n'est en ce moment qu'une ébauche informe. Il en est cependant sorti quelques élèves ; leur curiosité s'est accrue de tout ce qu'ils n'ont pas eu en facilités de travail. Mais il est de l'intérêt des psychiatres, de l'enseignement supérieur et des malades que l'on n'ait pas davantage à rougir, quand par hasard un membre de l'enseignement étranger s'égare jusque chez nous, de la barbarie dont nous avons, jusqu'ici, semblé conserver jalousement un échantillon particulièrement remarquable.

D^r A. RÉMOND (de Metz).

Revue critique.

LES ARRIÉRÉS SCOLAIRES

D'APRÈS UN OUVRAGE RÉCENT (1)

Par le D^r Armand LAURENT

On confond encore trop sous le nom général d'*anormaux* des variétés qu'il importe de distinguer entre elles. S'il y a chez tous ces anormaux un fait commun, qui est l'insuffisance primitive de la force constitutive, que contient le fluide nutritif par sa composition biophysico-chimique, il peut se produire progressivement sous l'influence de certaines conditions une inégalité de répartition plus ou moins systématique, provenant de la facilité fournie par la conformation des voies de circulation de ce fluide nutritif. Conséquemment à la non-arrivée de la source d'action vers des centres importants qui agissent sur l'organisme pour déterminer certaines fonctions, sont parfois engendrées des lacunes profondes irréparables. Les énergies diverses de la croissance (2) ne peuvent plus intervenir suffisamment pour faire ou refaire un organe à son point de départ; tandis qu'il n'en est pas de même pour des organes dont l'imperfection peut disparaître peu à peu avec l'aide de change-

(1) *Les arriérés scolaires*. Conférences médico-pédagogiques par MM. le D^r Marcel Nathan et H. Durot, avec la collaboration de MM. Gobron et Friedel. 1 vol. in-8°. Paris, Fernand Nathan, 1913.

(2) Armand Laurent. 1° Les lois de la croissance et l'éducation physique (Mémoire publié dans la *Médecine infantile*, revue dirigée par le D^r Comby, novembre et décembre 1894); 2° L'arriération et la démence précoce. Communication au Congrès des médecins aliénistes de langue française, à Amiens, 1911.

ments dans les conditions d'action organique. Il résulte de cette inégalité d'action de la force créatrice des différences qu'on ne doit pas perdre de vue.

En rapport avec ces différences, a lieu alors une concentration particulière qui imprime au résultat de la collaboration organique un mode de fonctionnement caractéristique, qui permet de constituer des catégories et de les classer. C'est ainsi qu'il convient de séparer les enfants physiquement anormaux, où l'imperfection d'un appareil sensoriel est ostensiblement irrémédiable, tels que les manchots, les aveugles, les sourds, les muets, de ceux où l'imperfection n'apparaît guère que par des manifestations intellectuelles ou morales, quoique ayant une base physique que l'étude approfondie du rôle de certaines sécrétions ganglionnaires met de plus en plus au grand jour (1).

Ce sont ces derniers qui ont tout particulièrement appelé l'attention de ceux qui ont pris à tâche d'appliquer une loi, que le progrès social a fait peu à peu réclamer, la loi du 28 mars 1882, relative à l'obligation pour tous de posséder pour la vie en commun une certaine instruction rudimentaire. On les désigne sous le nom d'enfants *anormaux psychiques* ou *mentalement anormaux*. Ils fréquentent l'école sans en retirer aucun profit. On a reconnu que l'uniformité du programme d'enseignement rédigé pour répondre à la loi précédente ne pouvait leur convenir, en raison de l'inégalité de développement des facultés mentales et de la différence des aptitudes pour acquérir les notions proposées.

Cette constatation, née de l'expérience, vérifiée par la statistique à l'aide des recherches faites par une Commission instituée en 1904, sous la présidence de M. Léon Bourgeois, sénateur, a provoqué le dépôt à la Chambre des Députés, le 13 juin 1907, d'un projet de loi, qui a abouti à la loi du 15 avril 1909. Le terme d'enfant arriéré, dont se sert la loi, indique simplement un retard ou un arrêt dans le développement intellectuel ou moral de l'enfant, et, de cette façon, n'enlève pas à la famille l'espoir de le voir à la suite d'une éducation spé-

(1) Raoul Dupuy. *Le traitement des enfants arriérés par l'opothérapie endocrinienne associée*. 1912.

ciale, reprendre sa place à l'école ordinaire. Ces enfants arriérés comprennent, d'une part les enfants dont l'intelligence n'est pas suffisamment ouverte pour suivre l'éducation en commun donnée dans les écoles primaires, et, d'autre part, ceux dont l'intelligence est parfois très vive, mais dont le caractère est troublé par une nervosité excessive.

En cherchant à se rendre compte des effets présumés du ralentissement ou de l'arrêt de développement que présentent ces enfants, on remarque que ces effets peuvent avoir lieu d'une façon globale, mais que le plus souvent ils se produisent partiellement, sur un ou plusieurs points, laissant certaines parties de l'écorce cérébrale dans un stade de développement correspondant chez les normaux à une époque déterminée de la vie fœtale ou de la toute première enfance, et diminuant même le nombre des cellules corticales, tandis que l'accroissement se continue dans d'autres directions. Il y a alors atrophie, ou plutôt dystrophie partielle, dont il ne faut pas désespérer, si on a soin de recourir aux ressources hygiéniques et thérapeutiques (parmi ces dernières, l'opothérapie) qui, pendant une certaine période, sont capables d'agir sur le développement organique. La dystrophie peut ainsi être combattue avec succès. D'après ce fonctionnement proportionnel qui est en rapport avec la constitution, on est conduit à reconnaître que ces enfants arriérés ne sont nullement des individualités restées à un niveau plus jeune, mais que, par suite de la réunion d'activités inégales, elle présentent un déséquilibre caractéristique, n'ayant à aucun âge de l'enfant normal un équivalent exact (1).

Conséquemment à la constatation de cet état particulier, les méthodes et les programmes d'études organisés pour les normaux ne sauraient convenir aux enfants méritant réellement le nom d'arriérés. Si, pour l'éducation de ces normaux, la pédagogie a des lois, des règles que l'instituteur doit apprendre, et réclame, outre le savoir suffisant, un certain tact afin de pénétrer dans l'âme d'un enfant, c'est surtout quand il s'agit des anormaux

(1) Binet et Th. Simon. *Les enfants anormaux*, 1907, pages 18 et suivantes.

psychiques que l'expérience, jointe à la réflexion, permet au tact pédagogique de faire rapporter des fruits satisfaisants. Il ne faut pas se dissimuler combien la science a ici une certaine importance et qu'il est des principes fixes autour desquels gravitent des applications variées. Il devient ainsi indispensable de former des maîtres pour se conformer à ce nouveau cadre.

Cette loi de 1909 reconnaît la nécessité d'une éducation spéciale pour une catégorie d'enfants qu'auparavant on croyait être identiques aux autres, pendant la période de croissance psychique, et prévoit l'emploi de méthodes éducatives mieux adaptées à la capacité et à l'essor de ces enfants que l'ignorance avait fait abandonner à eux-mêmes.

Pour ces motifs, l'application de ces nouvelles méthodes exige une étude particulière et leurs principes ont besoin d'être expliqués aux éducateurs. C'est ce qu'ont compris quatre collaborateurs désireux de contribuer à l'amélioration d'enfants chez lesquels le milieu scolaire fait par la loi de 1882 est en quelque sorte une pierre de touche révélant un certain état d'infériorité.

Nous devons savoir gré aux hommes de bonne volonté qui se sont efforcés d'exposer à de jeunes instituteurs, initiés déjà à l'art pédagogique, ce que la science médicale et l'ontogénèse psychique peuvent leur inspirer pour mieux connaître les imperfections en face desquelles ils doivent se trouver, en voulant instruire des enfants mentalement arriérés, et ce qu'une expérience spéciale démontre comme capable d'améliorer une intelligence retardataire.

On ne peut se dissimuler qu'il y a encore bien des points à élucider, malgré les nombreux travaux que la psychologie expérimentale a suscités et fait connaître. Ces lacunes proviennent des difficultés qui surgissent dans l'analyse de la connexité de l'élément physique et de l'élément psychique pour la pratique de l'éducation. Elles sont non moins les conséquences de la croyance en la prédominance indépendante de l'esprit, et même de la conviction que la contemplation de l'âme suffisait pour distinguer ses puissances, alors que la condition de l'équilibre des fonctions mentales consiste essentiellement dans le respect des rapports de la croissance de

la base corporelle avec l'accroissement progressif des manifestations, désignées du nom de facultés.

*
*
*

Après avoir tout d'abord, dans sa première conférence, rendu à Bournéville la justice que méritaient ses efforts (car c'est à ce médecin qu'en France, la pédagogie des anormaux doit ses premiers pas solides), M. le D^r Marcel Nathan, dont la compétence en psychiatrie est connue, a tenu à démontrer que la loi semble s'appliquer aux seuls anormaux susceptibles d'être amendés par l'éducation. Pour les définir, il adopte la formule suivante, qu'il attribue à Binet : « Tout enfant qui, sans absence prolongée de l'école, est en retard de plusieurs années sur ses contemporains, est suspect d'arriération mentale. » Il fait remarquer qu'il convient de séparer les grands anormaux et les faux arriérés qui sont trop souvent confondus avec les vrais. Il en énumère quelques variétés, en insistant sur les adénoïdiens. Il appelle ensuite l'attention sur les causes les mieux connues de l'arriération mentale : l'hérédité, le passé morbide, le milieu familial et pédagogique ; puis termine sa leçon en exposant le plan qu'il compte suivre, ayant recours à la pathologie mentale pour faire dépister les troubles de l'émotivité, de l'intelligence, de la volonté et de la moralité.

La connaissance de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux et de l'encéphale en particulier, est le fondement des idées qu'on doit se former sur les arrêts ou l'insuffisance du développement des parties organiques qui servent au fonctionnement de l'intelligence. L'étude doit se porter sur la disposition des amas régionaux de cellules nerveuses, sur leur architectonie histologique, sur la structure et le chimisme de ces cellules et sur les voies conductrices de l'influx spécial, ainsi que sur la myélinisation de ces voies. Le D^r Nathan n'a pas manqué de consacrer à ces détails plusieurs conférences (2^e, 3^e et 4^e). Quelques schémas et dessins y secondent la compréhension de descriptions qu'il importe de rendre le plus possible accessibles à des lecteurs étrangers aux termes médicaux. On ne saurait trop

insister sur les modifications capitales qui s'opèrent dans la cellule nerveuse en action ou plus ou moins épuisée. Ces modifications se traduisent surtout par la consommation de la substance colorante ou chromatique. Celle-ci contient la provision d'énergie latente des centres nerveux. Les cellules nerveuses sont en quelque sorte des appareils spéciaux prédestinés à la métamorphose des énergies externes avec lesquelles est, à toute seconde, en contact la surface de l'organisme par les organes sensoriels spéciaux dont elle est munie. C'est de concert avec les processus qui en résultent, que l'énergie accumulée dans les centres développe les états subjectifs; et il en découle que ces phénomènes psychiques sont l'expression de l'énergie de réserve de ces centres (1).

C'est dans la cinquième conférence qu'est entreprise la description physique de cette catégorie des enfants arriérés mentaux. La démonstration s'appuie sur ce principe que « la plupart des syndromes neurologiques sont fonctions de la localisation, de l'intensité, de la précocité et de la profondeur des lésions du système nerveux ». A la suite de l'énumération de certaines lésions anatomiques provenant des méningites, des scléroses ou envahissement des espaces interneuroniques par la substance de soutien (névroglie), des arrêts de développement qui, outre l'aspect foetal de certaines régions, peuvent parfois produire des cavités, d'où le nom de porencéphalie, il signale la persistance de l'état gélatineux et rudimentaire dans le myxœdème congénital puis l'hydrocéphalie, les conséquences des infections, des traumatismes. Il eût été bon d'insister davantage sur la méningo-encéphalite, dont Bourneville avait déjà signalé l'importance et qu'a étudiée récemment avec beaucoup de soin Haushalter, de Nancy, et de parler de la microcéphalie. Il mentionne comme effets psychiques de ces lésions, l'idiotie et l'imbécillité. Il fait remarquer que les formes extrêmes sont caractérisées par l'incurabilité, tandis que, dans les formes moyennes, il y a possibilité d'une certaine amélioration, grâce à la régression des

(1) W. Bechterew. *L'activité psychique et la vie*, traduit par le Dr Kéraval, 1907.

lésions acquises, d'une réparation secondaire, grâce aussi à des suppléances fonctionnelles. En expliquant les modifications qui peuvent survenir dans les faisceaux moteurs, sont étudiées les maladies convulsives ou paralytiques, et mises en relief les différentes formes de crises épileptiformes, les mouvements choréiformes et athétosiques, comme conditionnant plusieurs cas d'arriération mentale. Suit l'exposition de notions sommaires sur les troubles du langage et sur les aphasies.

Dans la sixième conférence est abordée l'étude de la psychologie infantile normale et pathologique. Avec raison, le conférencier insiste tout d'abord sur l'état *cénesthésique*, sensation de nous-même qui résulte de la fusion de toutes nos sensations et forme le coefficient affectif agréable ou pénible. Höfding (1) l'appelle le sentiment vital et y attache des sensations dynamiques ayant un rôle important, dans lesquelles l'attention détermine certains phénomènes de transformation. La psychologie zoologique (2) montre le coefficient affectif, comme aidant à découvrir l'ordre de succession des soudures associatives par un phénomène psychique que Hachet-Souplet désigne du nom de *loi de récurrence*. Il en naît le caractère, où le tempérament émotif se traduit sur la physionomie. Ce tempérament émotif, par l'effet de ses composantes, influence non seulement nos tendances émotives, mais encore nos jugements, nos décisions, notre conduite ultérieure. Pour le D^r Nathan, on ne doit pas oublier, en pédagogie, que l'émotivité, dans ses formes frustes, est l'état normal, la monnaie courante du psychisme infantile. C'est grâce à l'intelligence et à la volonté qu'est mis un frein aux manifestations excessives de l'émotivité. A cet égard, il cite, d'un de ses maîtres préférés, le D^r Dupré, l'opinion que l'émotivité apparaît en biologie générale, comme une forme naturelle de l'instinct de conservation.

La constitution émotive est à la base d'une série de manifestations épisodiques telles que : 1° les obsessions-impulsions, obsessions actives poussant à commettre

(1) Harald Höfding. *Esquisse d'une philosophie fondée sur l'expérience*, trad. par Poitevin (1906).

(2) Hachet-Souplet. *De l'animal à l'enfant*, 1913.

parfois l'absurde, parfois le répréhensible, et 2° les obsessions inhibitrices ou phobies. Ces obsessions sont assez fréquentes chez les enfants et chez les adolescents et sont des conditions diverses qui influent sur l'élaboration intellectuelle. Il faut y adjoindre la dépense inutile de l'activité motrice par des tics variés. On est ainsi conduit à se rendre compte du trouble de l'état affectif nommé *cyclothymie*, caractérisé par des alternatives d'excitation et de dépression. La constatation de la constitution cyclothymique et de ses rapports avec l'émotivité, en permettant d'apercevoir la formation de certains modes plus ou moins durables de déséquilibre, mène peu à peu aux tableaux fournis par les psychoses qu'on observe chez les enfants.

Arrivant aux troubles de l'intelligence, le conférencier nous entretient rapidement de la mémoire et de ses troubles, sans s'appesantir sur l'évolution de cette fonction mentale si importante, pour l'étude de laquelle je dois citer Biervliet, Piéron, etc... Il eût été opportun de faire voir les liens de la curiosité et de l'attention. Une étude plus complète du développement de l'imagination chez l'enfant normal ferait mieux reconnaître chez l'anormal psychique les vices de croissance de cette faculté si vivante et si influente sur la formation du jugement (1). Il s'attache à l'association des idées et à ses lois, association qui représente l'essence du mécanisme de la pensée ; puis s'arrête surtout à la rêverie et au rêve qu'on constate fréquent chez l'enfant. Il nous fait ainsi parvenir jusqu'au seuil de l'illusion et de l'hallucination, ainsi que des délires qui en résultent. Il nous montre, chez l'enfant, la confusion mentale s'accompagnant d'idées pauvres et polymorphes, dans des bouffées de délire, au cours d'états transitoires d'excitation et d'incohérence, en y mentionnant la perversion instinctive et l'exubérance imaginative. Chez les intelligences débiles, le déficit intellectuel apparaît par la niaiserie et l'incohérence. Dans l'arriération mentale, l'enfant semble seulement au-dessous de son âge. Le D^r Nathan tient à rappeler que cet enfant est « un organisme en

(1) D^r Jean Philippe et D^r G. Paul-Boncour. *L'éducation des enfants anormaux*, 1910.

évolution, qu'il est crédule, suggestible, manque d'expérience et de critique, qu'il est émotif par l'absence ou faiblesse de volonté, qu'il agit souvent par imitation, en raison même de sa suggestibilité » ; et pour reconnaître cet état, il faut « causer avec lui, l'observer au jeu, le questionner sur sa famille, sa vie courante ». Pourtant, malgré tout le bon sens possible de l'instituteur, guidé par son expérience, celle-ci est incapable d'avoir des points d'appui sûrs pour les méthodes à appliquer, si elle n'est pas soutenue par les connaissances relatives à la marche de la croissance du substratum et des manifestations mentales correspondantes (1), connaissances où l'on ne saurait contester l'utilité de l'adjonction du médecin.

Il n'est pas douteux que le terrain de l'intelligence infantile est très difficile à étudier. Les lois de la psychologie normale de l'enfance, à ses différentes phases d'évolution, sont encore à constituer, quoique, pour nous guider, nous ayons bien des ouvrages (Perez, Compayré, Baldwin, etc...). Je dois citer aussi les recherches de Binet sur la mesure de l'intelligence à l'aide des tests, dont le D^r Nathan ne nous parle pas, les considérations sur le même sujet par le D^r Claparède (2), de Genève, les études de Cruchet, de Bordeaux, et les discussions diverses auxquelles ont donné lieu, à l'étranger, les tentatives d'application de ces tests. La méthode de questionnement s'allie à la psychologie objective pour nous indiquer le comportement correspondant à l'accroissement progressif des éléments nerveux, à la cyto-myéloarchitecture de chaque région cérébrale. Malheureusement le rôle de ces régions et de leurs subdivisions n'étant qu'imparfaitement connu jusqu'à présent, on est obligé de s'en tenir aux manifestations vagues et irrégulières que traduit le travail intime physico-chimique. Malgré cette imprécision, les observateurs constatent que « les enfants ont, en général, à peu près au

(1) D^r Armand Laurent. Des rapports des transformations du cerveau et de l'évolution psychique, dans la revue *l'Éducateur moderne* (décembre 1911, avril et juin 1912).

(2) D^r Ed. Claparède. *Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale*, 1909.

même âge, les mêmes goûts, les mêmes instincts, les mêmes intérêts dominants » (1). Nous devons tenir compte des expériences qui ont fait reconnaître l'existence de certaines manifestations mentales définies chez l'animal et chez le jeune enfant, manifestations qui disparaissent complètement chez l'homme fait.

Les troubles de la volonté où apparaissent les différentes formes d'aboulie et les perversions de l'instinct font l'objet de la huitième conférence : « L'enfant a des volontés et n'a pas de la volonté. Celle-ci se développe parallèlement à l'intelligence et détermine l'esprit d'initiative... La contrainte, en pédagogie, doit être l'exception, autrement elle contribue à former des sujets *abouliques*. » Pourtant, comme l'exprime G. Paul-Boncour (2), il existe des êtres chez lesquels l'intimidation est le seul procédé à utiliser et les états d'arriération peuvent avoir besoin de sévérité. L'éducation se charge de faire acquérir le pouvoir d'inhibition qui subordonne les actes à la raison et a pour but principal d'adapter l'individu au milieu dans lequel il est appelé à vivre. Dans ce chapitre sont montrées la séméiologie du mensonge et de la mythomanie, que le D^r Dupré a étudiée avec tant de soin, leur importance au point de vue du témoignage des enfants et les variations que subit la moralité.

On ne saurait s'étonner que l'étude de l'arriération mentale se ressente de l'imperfection de nos connaissances en psychologie infantile et que l'on fasse intervenir si souvent ce que l'observation fait constater chez l'adulte, quand il y a une si grande différence par suite de l'agencement d'éléments non entièrement constitués. Il en résulte, pour celui qui recherche des jalons fixes et consistants, un manque de précision nuisant incontestablement à l'établissement d'une classification des échelons qui, pourtant, ne peuvent manquer d'exister, mais que nous ne sommes pas suffisamment en mesure de ranger. On ne peut évidemment prendre pour base

(1) Ferrière. Loi biogénétique et éducation (*Archives de psychologie*, t. IX, 155).

(2) D^r G. Paul-Boncour. Rapport au Congrès international pour la protection de l'enfance, à Bruxelles, 1913.

l'anatomie pathologique, dont on n'a réellement connaissance qu'après la mort. L'étiologie ne doit pas non plus être admise dans ce but, parce qu'une même cause engendre parfois des résultats très différents et qu'inversement des causes fort différentes peuvent produire une lésion semblable. Reste la manière dont se manifestent les divers modes de l'activité mentale. Dans certains cas, le comportement s'y adjoint inséparablement, d'où le mélange d'éléments de nature différente qui se présente comme le caractère des essais tentés jusqu'à ce jour. Aussi n'est-il pas surprenant que le D^r Nathan ait renoncé à un classement quel qu'il fût, et qu'à propos des troubles de l'intelligence et de l'étude des psychoses infantiles il se soit limité à énumérer les formes psychopathiques qu'on observe. C'est ainsi que, dans sa neuvième conférence, il a fait défiler, dans ses descriptions, les idiots, les imbéciles et les débiles. Il revient à dessein sur les épileptiques, en envisageant : 1° le fond du caractère ; 2° les manifestations épileptiques, crises normales ou frustes ; 3° les équivalents épileptiques ou épilepsie larvée ; puis décrit les hystériques, les choréiques, les nervosiques, les instables et les paresseux, ces deux derniers pouvant tenir au maître et à l'élève.

La dernière conférence de cette contribution médico-psychologique a pour objet une étude spéciale de la puberté normale et pathologique, comme terminaison de la démonstration symptomatologique des perturbations psychiques qu'on rencontre chez les enfants mentalement arriérés.

M. Durot est un instituteur expérimenté qui dirige une école de perfectionnement. Il débute par nous montrer l'importance de l'application de l'article 12 de la loi du 15 avril 1909 qui réclame l'examen de l'enfant arriéré, non seulement par l'élément pédagogique, mais encore par l'élément médical, à l'aide d'une Commission dite de recrutement. L'intervention connexe de ces deux éléments lui paraît essentielle et permet de former des groupements scolaires dont doit profiter l'éducation de ces enfants. Puis il trace le programme de l'emploi d'une journée : temps de sommeil, temps de travail, temps des jeux et du repos, afin de fixer le caractère

d'une institution nouvelle où l'on doit mettre tout en œuvre pour rapprocher de la normale les arriérés perfectibles. Il ne dissimule pas la tâche ardue qui incombe aux instituteurs de ces enfants, mais aussi la nécessité d'une étude spéciale des moyens à employer. Or, ces moyens, il faut savoir les graduer et les appliquer avec patience et persévérance, en ayant recours à la répétition, judicieusement espacée, qui grave l'impression produite.

Je ne puis certainement pas suivre ici le professeur dans le détail des conseils qu'il donne relativement à l'éducation physique et des applications qui doivent avoir pour répercussion une modification de l'état mental. Je ne puis que me borner à nommer les principaux sujets dont il s'est entretenu : l'éducation des sens, des mouvements, la gymnastique rythmée au son de la musique, la direction des jeux scolaires, les excursions, l'hydrothérapie, la natation, l'entraînement et l'adaptation à la vie pratique. Peut-être ne nous a-t-il pas assez minutieusement édifié sur les effets psychologiques de la méthode exacte dont il convient de se servir, concernant la graduation et l'acquisition des notions à introduire dans ces jeunes cerveaux rébarbatifs.

M. Durot traite ensuite de l'organisation intérieure des écoles de perfectionnement, du matériel, du nombre d'enfants que doit comporter la classe, du recrutement du personnel enseignant et des qualités d'un bon instituteur d'enfants mentalement arriérés, etc. Ces conseils nombreux, très lucidement et brièvement présentés, ne sauraient être trop médités pour mener à bien un enseignement positif et utile.

Dans sa cinquième conférence, qui est la dernière de sa part contributive dans ce cours, il fait toucher du doigt les résultats qu'il est possible d'obtenir par l'éducation. Dans l'utilisation de ces enfants, il ne faut pas vouloir dépasser le but, qui est qu'en sortant de l'école de perfectionnement l'élève possède une aptitude suffisante pour entrer dans une maison, y être employé et y rester. Les recherches statistiques faites en Allemagne, où ces écoles fonctionnent depuis plus longtemps qu'en France, établissent, d'après le rapport de M^{me} Fuster, que 75 p. 100 sont mis à même de gagner leur vie,

grâce à l'aptitude professionnelle qu'a su développer l'éducation à l'aide des fermes-écoles et des ateliers-écoles où l'instituteur et l'ouvrier unissent leurs efforts jusqu'au départ de l'élève. 25 p. 100 représentent à peu près la proportion habituelle des cas douteux. Nous verrons plus loin, dans les documents cités par un autre collaborateur de ce cours, que cette proportion est encore moindre. Dans ces résultats profondément intéressants, il y a lieu de faire remarquer l'importance d'une sélection aussi scrupuleuse que possible des arriérés perfectibles et éducatibles.

L'instituteur a besoin d'être bien renseigné sur les prescriptions de la loi qu'il a à appliquer. M. Gobron, docteur en droit, auteur d'un commentaire de la loi du 15 avril 1909, suivi du texte de la réglementation en vigueur, s'est chargé de cette mission, avec une compétence administrative qui ressort parfaitement des fonctions qu'il occupe au ministère de l'Instruction publique. Je restreindrai l'analyse de cette leçon par la reproduction de sa conclusion : « Il est à espérer que, dans un avenir prochain, tout département sera pourvu d'établissements spéciaux aux enfants arriérés. C'est à cette condition seulement que le principe de l'obligation inscrit dans nos lois ne restera pas lettre morte pour toute une catégorie d'enfants. »

Il était bon d'adjoindre aux données expérimentales précédemment exposées l'indication de ce qui se fait à l'étranger. M. V. H. Friedel, sous-directeur du Musée pédagogique, était tout désigné pour fournir ce complément. Je regrette vivement d'être obligé de lui retourner le reproche qu'il adresse aux médecins de *rester dans le clair-obscur et la psycho-pathologie*. « Parfois même, écrit le professeur, le clair-obscur « s'assombrit jusqu'à l'obscurité totale, sous les innombrables termes techniques, dans lesquels certains « d'entre eux se plaisent à envelopper leurs observations. » La conférence de M. Friedel est pleine de confusion et manque absolument d'ordre. Au lieu de s'occuper plus spécialement des enfants arriérés scolaires, objet du cours, il mélange les sourds-muets, les

muets, les avengles, les faibles d'esprit, les imbéciles et les idiots. Il convenait de mettre en relief ce qu'il importe d'imiter dans les applications de l'étranger, relativement à ces arriérés scolaires. Mais il revient plusieurs fois sur la législation d'un même pays et s'expose ainsi à des répétitions qui embrouillent le lecteur et sans doute les auditeurs de sa leçon, si cette leçon a été faite telle qu'elle a été imprimée.

D'après les documents cités par M. Friedel, environ 85 p. 100 des enfants instruits, en Allemagne, dans les classes de perfectionnement, ont été rendus capables de gagner leur vie. Ce résultat, supérieur à celui énoncé par M^{me} Fuster, qui provient de renseignements acquis à l'Exposition qui a eu lieu à Vienne et, par conséquent, en Autriche, a une valeur qu'il importe de mettre sous les yeux des sceptiques qui hésitent tant devant l'application des lois et règlements qui ont pour but d'instituer des classes spéciales.

Il ressort aussi de cette excursion dans l'historique des écoles modernes que les progrès fait en Allemagne sont dus à la pédagogie de perfectionnement qu'a su développer la constitution de véritables écoles comportant jusqu'à quatre, cinq et même six classes, dirigées par un directeur spécial et réunissant un personnel presque toujours préparé en vue de sa tâche. Comme modèle du genre, on cite les écoles de Francfort-sur-Mein et de Leipzig.

Enfin cette conférence nous fait connaître que, dans aucun pays, l'instruction et l'éducation des anormaux ne sont aussi généralisées qu'aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord. On y a expérimenté et on expérimente beaucoup; et il y a aujourd'hui plusieurs types d'institutions spéciales et autonomes. Il y a également des classes spéciales annexées aux écoles publiques, et en 1903, a été ouvert un cours d'instruction des anormaux à l'usage des maîtres et maîtresses de l'enseignement primaire. Depuis cette date, les grandes Universités américaines et quelques écoles normales ont commencé à organiser des cours théoriques et des exercices pratiques pour la formation de maîtres spéciaux. Dans les écoles normales de l'Etat de Massachusetts, les notions sur l'instruction des enfants

arriérés constituent une partie obligatoire du programme d'études.

*
* *

En résumé, il est essentiel de faire ressortir qu'avec l'ouvrage que j'ai essayé d'analyser, on se trouve en face d'une innovation, en matière d'enseignement, innovation qu'on ne saurait trop encourager. Il s'adresse aux instituteurs, en faisant apercevoir le concours qu'ils sont en droit d'attendre de celui qui pratique la médecine. La collaboration du médecin et du pédagogue pour vulgariser des notions indispensables à l'instruction des maîtres appelés à faire l'éducation d'une catégorie d'enfants méconnus jusqu'à ce jour, satisfait à un besoin qu'ont compris tous ceux qui, dans les différentes nations, se sont occupés des anormaux à n'importe quel degré. Il en découle de plus en plus la nécessité d'une méthode qui, afin d'arriver à l'abstrait, prend le concret pour point de départ. Cette méthode résulte elle-même de l'examen plus approfondi du développement progressif de l'intervention active des parties qui doivent contribuer à l'acquisition de nos connaissances par la réception des impressions, par leur conservation et par leurs intrications, le mécanisme qui opère dans les éléments intimes du cerveau nous restant plus ou moins latent.

Cette réunion d'efforts pour l'application d'une méthode plus conforme aux progrès de la science est en effet ce qui restera surtout du coup d'œil d'ensemble qui suit la pérégrination de l'esprit à travers les chapitres de ce livre. Donc applaudissons à l'*intention*, qui coïncide si bien avec la question de la création de l'enseignement spécial et qui, logiquement, y rattache celle de la préparation du corps enseignant. S'impose ainsi la préparation des instituteurs et des institutrices qui se destinent à l'éducation des enfants arriérés. Comme l'exprime T. Jonckheere (1), il faut, d'une part, que ces instituteurs fassent une étude d'ensemble de tous les enfants qui s'écartent de la norme, qui présentent des

(1) T. Jonckheere. Rapport présenté au Congrès international pour la protection de l'enfance, à Bruxelles, 1913.

troubles ou des irrégularités variables, afin d'avoir une idée assez précise de ce que sont les anormaux ; il faut, d'autre part, qu'ils étudient sérieusement les données, déjà nombreuses, quoique encore incomplètes, de la méthodologie de l'enseignement spécial. C'est pourquoi il convient d'instituer dans les écoles normales *un cours de pédagogie des anormaux*. Toutefois, le personnel médical a aussi besoin d'être préparé à l'exploration de ces enfants anormaux, et le professeur bruxellois, que je viens de nommer, réclame que, dans ce but, soit créé dans les Universités un *cours d'hygiène de l'éducation*.

Toutefois, alors qu'il s'agit de particulariser davantage, en combinant les ressources médicales et la psychologie, songeons aux difficultés qui surgissent tant pour le médecin que pour le pédagogue ; car il importe de formuler les déductions auxquelles on doit obéir en règles faciles à appliquer, avec des expressions aisément compréhensibles.

Ceci dit, sans vouloir relever quelques imperfections (1), qui me paraissent résulter de la hâte avec laquelle ont été rédigés les textes des conférences et de la manœuvre typographique qui a engendré un certain nombre d'*errata*, je crois que cet ouvrage didactique sur les arriérés scolaires gagnerait beaucoup à être revu par les auteurs. Il serait très utile de le perfectionner par des indications bibliographiques, afin de mettre à même d'étudier avec plus de développement les idées émises. Je pense qu'il ne serait pas moins opportun que cet ouvrage reçût quelques additions pour répondre, aussi entièrement que possible, à toutes les questions du programme contenu dans les décrets et arrêtés d'août 1909, complétant la loi du 15 avril de la même année, en vue de l'obtention du certificat d'aptitude à l'enseignement des enfants arriérés.

(1) Th. Simon. *Bulletin mensuel de la Société libre pour l'étude psychologique de l'enfant*, numéro de mars 1913, p. 162.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 JUILLET 1913

Présidence de M. SEMELAIGNE, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Roger Dupouy et Levassort, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Suttel, du Puy, secrétaire général du XXIII^e Congrès annuel des aliénistes et neurologistes, qui demande à la Société de désigner des délégués chargés de la représenter à ce Congrès. — La Société désigne MM. Klippel, Mignot et Semelaigne ;

2° Une lettre de M. Bonhomme, médecin en chef de l'asile de Marsens (Suisse), qui remercie la Société de lui avoir décerné le prix Moreau (de Tours).

La correspondance imprimée comprend :

1° *De la valeur hématopoïétique du sérum des animaux anémiés par la saignée. Contribution à l'étude de la sérothérapie antianémique* ; par MM. R. Massalongo et Gasperini ;

2° *Du rôle de l'émotion en pathologie verbale, bégaiement, blésité* ; — *De l'intermittence dans le bégaiement* ; par M. Chervin ;

3° *La France médico-thermale*, numéro de juillet 1913.

Rapports de candidature.

M. VIGOUROUX. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Colin, Picqué, Sérieux, Vigouroux, rapporteur, pour examiner les titres des candidats

à la place de membre titulaire que la Société a déclarée vacante.

Un seul candidat se présente à vos suffrages, M. Laignel-Lavastine, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine, chef du laboratoire du service de la clinique Saint-Anne. M. Laignel-Lavastine est trop connu et trop estimé de chacun de vous pour qu'il soit nécessaire de vous exposer longuement ses intéressants travaux.

Si je ne craignais que les relations amicales qui m'unissent à lui depuis de longues années ne me fassent taxer de partialité, je dirais qu'il est le type du médecin accompli, à qui aucune des branches de la médecine n'est restée étrangère. Son activité scientifique s'est portée sur l'anatomie et la physiologie générale, sur celle du système nerveux et en particulier du nerf sympathique, sur la pathologie générale, sur la neurologie et enfin sur la psychologie morbide et sur la psychiatrie.

Pour lui, la psychologie pathologique ne constitue pas une spécialité, mais véritablement une branche de la médecine générale; dès son internat dans les hôpitaux, il s'est en effet attaché à étudier les syndromes psychiques liés aux modifications cérébrales commandées par des processus généraux, intoxication, infection, insuffisance.

Vous avez tous présent à la mémoire l'intéressant rapport, si prudent dans ses conclusions, qu'il présenta au Congrès des aliénistes et neurologistes à Dijon (1908), portant sur les troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne. Successivement, dans différents mémoires, il a étudié les troubles psychiques dans les syndromes thyroïdiens, ovariens, hypophysaires, dans les syndromes génitaux mâles, etc.

Il estime que peut-être, quand on se décidera à reprendre l'étude trop délaissée des tempéraments, à côté des types classiques, sanguins, nerveux, lymphatiques ou bilieux, on pourra peut-être décrire les thyroïdiens, les hypophysaires, les surrénaux, les ovariens, les diastématiques. Constitution, tempérament, caractère, ne seraient que trois expressions anatomique, physiologique, psychologique du coefficient réactionnel individuel.

Ses travaux si complets sur le nerf grand sympathique, sur son développement, son anatomie, son histologie et sa physiologie font autorité. Il définit le sympathique, le système nerveux régulateur des fonctions de nutrition. Et, de cette définition, il tire des déductions générales qui présentent le plus grand intérêt.

En examinant systématiquement, dit-il, les malades dits de médecine générale en neurologue et psychiatre et *vice versa*, les nerveux et les mentaux en clinicien général, on recueille une moisson extrêmement riche de troubles mentaux passés inaperçus et qui constitue toute une pathologie de frontière.

Le rôle du sympathique est considérable dans cette pathologie de frontière ; ses symptômes, en effet, sont à cheval sur la splanchnologie générale, la neuroscopie et psychoscopie, comme ses fonctions forment le trait d'union entre les deux vieilles entités du corps et de l'âme.

Par la cénesthésie, le sympathique constitue le fondement affectif de la vie psychique et celle-ci retentit sur les fonctions organiques par l'intermédiaire du sympathique.

Le psychologue, qui ne doit plus se livrer à la seule introspection, est fatalement obligé d'étudier, en même temps que les variations des phénomènes psychiques, les changements appréciables, par les méthodes psychologiques, des fonctions cérébrales. Ainsi, il trouvera dans les documents actuellement réunis sur l'anatomie et la physiologie du sympathique en général (et du plexus solaire en particulier), des suggestions capables d'éclairer des mécanismes encore obscurs des réactions émotionnelles et mentales.

Je n'ai pas cherché à vous exposer, même en résumé, les titres de M. Laignel-Lavastine ; je me suis efforcé de vous rappeler quelques-unes des idées générales directrices de son œuvre.

C'est assez pour que nous puissions affirmer la compétence toute spéciale qui lui permettra de prendre une part active à nos discussions et à nos travaux.

Votre Commission, à l'unanimité, vous propose de nommer M. Laignel-Lavastine à la place de membre titulaire.

M. Laignel-Lavastine est élu membre titulaire à l'unanimité des votants.

M. CHASLIN. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Séglas, Sémelaigne, Chaslin, rapporteur, d'examiner les titres de M. le Dr A.-J. Jouchtchenko, privat-docent à l'Université de Saint-Pétersbourg, qui nous demande de l'admettre dans notre Société comme membre associé étranger.

A l'appui de cette demande, notre confrère nous a envoyé une série de mémoires en allemand, en français et en russe (1), dont je vous exposerai brièvement les conclusions.

Si nous mettons à part les travaux les plus anciens qui ont trait à la syphilis du système nerveux, à la

(1) Dr A.-J. Jouchtchenko, Ueber frühzeitige syphilitische Erkrankung der Nervensystem, *Separat. Abdruck aus dem Centralbl. f. Nervenl. u. Psychiatrie*, Mai-Juni Heft, 1897. — Zur Frage über den Bau der sympathischen Knoten bei Säugethieren und Menschen, *Sep. Abdr. aus dem Archiv f. mikr. Anat. u. Entwickl. Geschichte*, Bd XLIX, 1897. — Sur les rapports du ganglion mésentérique inférieur avec l'innervation de la vessie et les mouvements automatiques de cette dernière. Extrait des *Arch. des Sciences biologiques*, t. VI, n° 5. — Der Einfluss der Thyreoïdins, Spermins und Adrenalins, sowie der Entfernung der Schilddrüse und der Testikeln auf die Oxydationsprozesse, etc., *Sonderabdr. aus biochem. Zeitschr.*, Bd XV, 5 u. 6 Heft, 1909. — Ueber die fettspaltenden und oxydierenden Fermente der Schilddrüse, etc., *Ibid.*, Bd XXV, 1. H., 1910. — Untersuchung über die Autointoxicationserscheinungen bei Geisteskranken, etc., *Sonderabd. aus der St-Petersb. mediz. Wochenschr.*, n° 42, 1910. — Contribution à la physiologie du corps thyroïde, etc. Extrait des *Arch. des Sciences biolog.*, t. XV, nos 3 et 4. — Untersuchung der fermentativen Prozesse bei Geisteskrankheiten, *Sonderabd. aus. Zeitsch. f. d. g. Neurol. u. Psychiatrie*, Bd VIII, H. 2, 1911. — Ueber den Nucleasegehalt verschiedener Organe der Menschen und der Tiere, *Sonderabd. aus biochem. Zeitschr.*, Bd XXXI, H. 5 u. 6, 1911. — Die Schilddrüse und die fermentativen Prozesse, *Sep. abdr. aus Hoppe-Seyler's Zeitschr. f. physiol. Chemie*, Bd LXXV, H. 1 u. 2, 1911. — Contribution à la physiologie du corps thyroïde, etc. Extrait des *Comptes rendus des séances de la Soc. de biologie*, s. d. — La nature intime des maladies mentales et leur étude bio-chimique (en russe), Pétersbourg, 1912. — Zur Physiologie der Schilddrüse, etc., *Sonderabd. aus biochem. Zeitschr.*, Bd XLVIII, H. 1 u. 2, 1913. — Ueber die Oxydationsprozesse im Organismus der Geisteskranken u. die Giftigkeit des Harnes derselben, *Sonderabdr. aus. d. Archiv f. Psych.*, Bd XLV, H. 1.

structure des ganglions sympathiques et à l'innervation de la vessie, les travaux de M. Jouchtchenko ont porté avant tout sur la chimie biologique et ses rapports avec la médecine mentale. Dans des leçons qui ont pour sujet la nature intime des affections mentales, l'auteur a voulu montrer qu'il fallait la chercher dans les modifications chimiques de l'organisme, et particulièrement des glandes à sécrétion interne. Mais il ne s'est pas contenté de faire sur cette difficile question un exposé des résultats et des tendances actuelles ; il a cherché lui-même, comme le prouve la liste de ses travaux, à faire avancer nos connaissances chimiques par des expériences sur les animaux et en comparant les résultats avec l'examen des malades. C'est ainsi qu'il a étudié l'influence de la thyroïdine, de la spermine et de l'adrénaline, comme aussi de l'ablation du corps thyroïde et des testicules sur le processus d'oxydation, les échanges gazeux et la toxicité des urines chez les animaux ; les ferments émulsionnants et oxydants de la thyroïde et leur influence sur les processus d'oxydation et lipolytiques du sang. Ces actions des enzymes paraissent apporter chez les animaux des modifications constatables dans les urines, comparables à celles trouvées chez les aliénés.

La parenté des enzymes et des antitoxines conduirait à donner une explication de l'influence de certaines infections sur certaines affections mentales. D'autre part, il résulte des expériences de M. Jouchtchenko que le corps thyroïde a une action sur la formation des corps nucléiniques ; les bases purpuriniques et l'acide urique ne sont pas éliminés dans les urines dans la même proportion chez les chiens sains, privés de corps thyroïde ou soumis à l'ingestion de ce corps. Je n'insisterai pas sur d'autres travaux de notre auteur : sur la constitution chimique du corps thyroïde, sur la teneur en nucléose de différents organes, les processus fermentatifs sous la dépendance de celui-ci, etc.

Mais il faut que je vous fasse remarquer l'importance que M. Jouchtchenko attache chez les aliénés aux modifications du groupe albumine et des lipoides. L'examen des urines, du sang et du liquide céphalo-rachidien peut nous révéler ces modifications. Cela tendrait à en montrer l'origine auto-toxique et aussi les rapports

avec les infections, le sérum des aliénés étant différent par ses réactions de celui des gens normaux. La connaissance de ces troubles des humeurs a non seulement une portée théorique, mais aussi une portée pratique : on peut espérer que l'administration d'extraits glandulaires et d'autres poisons non physiologiques mais d'action voisine, permettra de rétablir le fonctionnement normal de l'esprit, puisque affection et médicament sont de même nature chimique.

Vous voyez, Messieurs, tout l'intérêt que présentent ces travaux qui portent sur des sujets si difficiles, mais si importants pour l'avenir de la médecine mentale. Votre commission vous propose d'admettre dans notre Société notre distingué confrère.

M. Jouchtchenko est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

M. RENÉ CHARPENTIER. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Dupain, Marchand et René Charpentier, rapporteur, chargée d'examiner la candidature du D^r Georges Lerat, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Lauréat de l'École de médecine de Nantes, ancien externe des hôpitaux de Paris, ancien interne de Sainte-Périne et Chardon-Lagache, M. le D^r Lerat fut nommé premier en 1908 au concours de l'Internat des asiles de la Seine. Second au concours de l'adjuvat des Asiles en 1912, il remplit depuis avril 1912 les fonctions de médecin adjoint à l'Asile de La Roche-Gandon (Mayenne).

Parmi ses travaux, je vous citerai une *Revue générale sur l'athérome aortique*, publiée en 1908, en collaboration avec M. René Rembert, dans la *Gazette des hôpitaux* et, la même année, dans la *Revue de psychiatrie*, en collaboration avec M. Gelma, une étude intéressante sur *Un cas d'hallucinations psychomotrices chez un paralytique général présentant un délire de démonopathie interne*. En 1909, il publia, en collaboration avec M. Dupain, l'étude d'un cas de *psychose poly-névritique* et, en collaboration avec M. Lévy-Valensi, l'observation d'un *délire de médiumnité à caractère polymorphe*.

C'est en 1909 également qu'il soutint sa thèse inau-

gurale : *Contribution à l'étude statistique de la psychose périodique*. Dans cet ouvrage, à l'aide d'éléments personnels et de statistiques récentes, M. Lerat recherche quelle peut être la fréquence des accès de manie et de mélancolie, simples, non récidivants, comparée à la fréquence des accès de manie et de mélancolie périodiques. Par l'examen des observations médicales et des dossiers administratifs, par la comparaison des diverses statistiques récentes, il montre combien, si l'on envisage des malades dont l'existence fut suffisamment longue, est considérable la proportion des malades déjà antérieurement atteints de crises d'excitation ou de dépression. Et il conclut que les cas de manie et de mélancolie simples, s'ils existent, sont l'infime minorité auprès de ceux qui ressortissent à la psychose périodique.

Signalons enfin pour terminer un article récent intitulé : *Délire d'interprétation avec fabulation et affaiblissement intellectuel probable*.

Tous ces travaux, très intéressants, mériteraient d'être plus longuement commentés, et votre Commission vous propose, Messieurs, de nommer M. Georges Lerat membre correspondant de notre Société.

M. Lerat est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

M. JUQUELIER. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de M. Arnaud, Ritti et Juquelier, rapporteur, d'examiner les titres et travaux du D^r Paul Voivenel, qui désire faire partie de la Société médico-psychologique, en qualité de membre correspondant. Ancien interne des hôpitaux de Toulouse, puis chef de clinique du professeur de psychiatrie à l'Université de Toulouse, notre confrère, qui fait constamment preuve, depuis quelques années, d'une activité scientifique considérable, a consacré à la psycho-pathologie ou à la psychologie ses travaux les plus importants. Les énumérer serait long et fastidieux ; nous croyons inutile, d'autre part, d'insister longuement sur les œuvres capitales de l'auteur, œuvres dont l'originalité nous a tous attirés au moment de leur publication. Ce fut d'abord la Thèse de doctorat de 1908, *Littérature et folie, Etude anatomo-pathologique du Génie littéraire*, où M. Voivenel considéra le génie littéraire comme résul-

tant de l'hypertrophie des centres du langage, et expliqua les étrangetés de la conduite de certains écrivains illustres par la déséquilibre mentale inévitable chez des « progénérés », c'est-à-dire des individus représentant un type intermédiaire entre l'homme normal actuel et un homme supérieur aussi bien doué au point de vue du caractère que de l'imagination.

Avec son maître M. Rémond, l'auteur a poursuivi un peu plus tard l'étude du génie littéraire et, dans un livre paru en 1912, les deux collaborateurs conclurent en considérant le génie littéraire « comme la manifestation la plus haute de la progénescence verbale et sexuelle chez l'homme », comme un des instruments de séduction les plus brillants et les plus sûrs.

Le *Génie littéraire*, de MM. Rémond et Voivenel, fut très remarqué, et les comptes rendus les plus élogieux signalèrent son apparition.

S'il faut faire un choix parmi de très nombreux travaux, autres que les deux volumes déjà signalés, ne convient-il pas de rappeler, surtout ici, la collaboration de M. Voivenel aux *Annales médico-psychologiques*? en 1909, *Délire aigu, syndrome choréique et mort subite* (avec le P^r Rémond); en 1910, toujours avec M. Rémond, *Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie*; en 1912 et en 1913, des études médico-légales : *L'alcool, la femme et le pantin; l'homicide en pathologie mentale*, etc.

Votre commission ne pouvait hésiter à vous proposer de nous associer un confrère dont la place est aussi nettement marquée parmi nous.

M. Voivenel est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

La séance est levée à 5 h. 1/4.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 21 juillet 1913.

I. — *Paralysie générale ou démence précoce. Présentation de malade.* — MM. Capgras et Morel montrent une femme de trente-six ans, fille de paralytique général, qui fut internée avec le diagnostic de paralysie générale; elle présente à cette époque des idées incohérentes et contradictoires de satisfaction et de persécution, des idées mystiques et hypocondriaques, de l'embaras de la parole, de l'inégalité pupillaire et du tremblement. Sortie en rémission en 1902, elle entre de nouveau un an après et le diagnostic de paralysie générale est confirmé. Actuellement, douze ans après le début de ses premiers accidents, la malade se présente avec l'attitude et la mentalité d'une démente précoce: tics, stéréotypies motrices et verbales, suggestibilité et négativisme, indifférence émotionnelle, viscosité mentale, rires impulsifs, répétition des mêmes mots, absence d'achoppements syllabiques; mais il persiste certains signes physiques: abolition des réflexes rotuliens, inégalité et immobilité pupillaires, tremblement. Pas de lymphocytose.

MM. Marchand, Vigouroux et Colin font quelques réserves sur le diagnostic de démence précoce. Il s'agit évidemment d'une démence, mais celle-ci peut être la conséquence de lésions cérébrales ne ressortissant ni à la paralysie générale ni à la démence précoce.

II. — *L'état mental imaginatif. Présentation de deux malades.* — MM. Trénel et Raynier: 1° Malade entré à l'asile à la suite d'un état hallucinatoire. En dehors de ce délire hallucinatoire dont le malade prend conscience relative, on constate une activité mentale d'un mode particulier qu'il manifeste de lui-même. Ce sont des réflexions obsédantes, une interrogation

dubitative sur toutes les idées qui lui passent par l'esprit et sur lesquelles il bâtit instantanément une sorte de petit roman avec vives représentations mentales qui en imposent pour des hallucinations. Il y a dans cet ensemble un phénomène que l'on pourrait qualifier d'*imagination obsessionnelle*;

2° Un second malade est arrêté au cours d'une bouffée hallucinatoire avec état confusionnel sur un fond de conceptions imaginatives anciennes. Ce malade, redevenu lucide en quelques jours, explique que *son esprit travaille toujours*. Il bâtit des systèmes sociaux ou scientifiques qu'il qualifie d'abstraites sur toutes les idées qui se présentent à lui, telles que la question de la dépopulation, la captation de l'électricité céleste. Il y a là comme une modalité morbide de l'imagination créatrice.

III. — *Résultat négatif du traitement spécifique préventif chez un paralytique général. Présentation de malade.* — MM. *Salin* et *Azémar* (maison de santé de Picpus) présentent un malade qui, en janvier 1911, eut un accès mélancolique qui dura quinze jours. Syphilis remontant à une douzaine d'années. On lui fit un traitement spécifique intensif qui n'empêcha pas une méningo-encéphalite diffuse d'évoluer classiquement quelques mois après. Cette observation confirme l'inefficacité du traitement spécifique dans la paralysie générale, même quand ce traitement est commencé dès les premiers symptômes et peut être considéré en quelque sorte comme préventif.

IV. — *Paralysie générale sénile. Présentation de malade.* — M. *Paillet* montre une malade de soixante-cinq ans ayant débuté à soixante-trois ans par de la dépression, des idées hypocondriaques; tentatives de suicide. Démence progressive; nombreux signes physiques de méningo-encéphalite chronique. Pas de symptômes d'affection cérébrale localisée ou cérébelleuse ni de tabes. Constatation d'un état intellectuel spécial paraissant caractéristique de la paralysie générale sénile et déjà constaté chez une malade semblable présentée en juillet 1911 par M. Trénel.

V. — *Un cas de paresse pathologique.* — M. *Haury* apporte l'observation d'un soldat que tous ses chefs considéraient comme un fieffé paresseux. Engagé volontaire, il avait un passé de vaurien de grande ville, souteneur, buveur et noceur, avec deux condamnations pour coups et blessures. Au régiment, il avait une aversion singulière pour tout effort physique et avait coutume, au moment des exercices, de dire à celui qui commandait : « Mettez-moi en cellule; je préfère cela à l'exercice. »

Ses parents disaient de lui qu'il n'était qu'un vaurien et qu'un paresseux. Un jour, il fit un refus d'obéissance, ne voulant pas assister à une marche militaire, refus fait sans motif avoué. Il fut mis en prévention de conseil de guerre. Il avait déjà fait antérieurement un autre refus d'obéissance par *simple imitation*, répétant ainsi le geste d'un camarade avec lequel il ne s'était pas entendu, et avait de ce fait été condamné à un an de prison.

Interrogé sur les motifs de son présent refus, il se renfermait dans un mutisme absolu. C'était un débile pervers devenu dément précoce, mais ayant des préoccupations hypocondriaques. Il croyait avoir une maladie de cœur et, pour conformer ses actes à cette crainte, ne faisait littéralement plus rien, ayant réduit son activité physique au minimum. C'était le motif de sa paresse chronique devenue obstinée.

Cette paresse était donc des plus pathologiques. Elle est fréquente au régiment comme forme d'*indiscipline morbide*.

JOURNAUX BELGES

Journal de Neurologie.

ANNÉE 1910.

I. — *Rétrécissement du champ visuel et troubles de la vision des couleurs chez les paralytiques généraux*; par les D^{rs} A. Rodiet et P. Pansier (numéro du 5 janvier). — La difficulté de l'étude des troubles fonctionnels de l'œil dans la paralysie générale est due à l'état mental des malades et les opinions les plus diverses ont été émises au sujet de ces troubles fonctionnels. Le rétrécissement du champ visuel est peu fréquent et peut se montrer isolément ou associé à une lésion papillaire accompagnant une atrophie optique, soit tabétique, soit paralytique, à la dernière période.

Sur trente malades examinés, quatre présentent un rétrécissement concentrique, mais ont, en même temps que leur affection, une cause d'intoxication (plomb, alcool, tabac) à laquelle on peut rapporter ces troubles oculaires.

Troubles de la vision des couleurs. — « L'examen du champ visuel et de la perception colorée a une grande importance, sur-

tout au début du processus atrophique, alors que la décoloration papillaire n'est pas encore assez nette pour que l'on puisse diagnostiquer à coup sûr l'atrophie optique. »

La dyschromatopsie est d'une recherche difficile chez le paralytique général. Un bon procédé consiste à faire grouper des écheveaux de laine diversement colorés, suivant les teintes d'un spectre artificiel, que l'on donne au malade comme terme de comparaison.

En résumé, dans la paralysie générale, les troubles de la vision sont rares, difficiles à mettre en évidence et lents à s'établir. Le rétrécissement du champ visuel semble lié à une intoxication concomitante. La dyschromatopsie, rare, n'a pas de caractères spéciaux.

II. — *Contribution à l'étude du syndrome confusionnel considéré comme premier stade de la démence précoce. Evolution de ces états sur un terrain diathésique particulier. Essai de traitement*; par le Dr Jacques Hamel (numéro du 20 janvier). — Les classifications, en médecine mentale, sont nombreuses, il semble qu'on se soit attardé à l'étude des divers délires, qui sont des réactions propres à chaque malade, et le but à atteindre est une classification étiologique.

L'auteur « a pour but d'appuyer cette idée que les affections mentales, comme toutes les autres, ressortissent, en dernier lieu, à une diathèse, qu'elles éclatent à l'occasion de troubles généraux ».

La démence précoce — comme d'autres affections — semble prendre la valeur d'un syndrome, et, dans les cas où elle débute par un état confusionnel, le diagnostic à cette période est peu facile.

Or, l'auteur avait remarqué, chez deux déments précoces avérés, une amélioration de l'état mental parallèle à une amélioration physique, la tuberculose dont ils étaient atteints ayant été combattue par la méthode recalçifiante de Ferrier. Pensant que la suppression de l'auto-infection tuberculeuse était la cause de cet amendement, il applique « le même traitement à des jeunes gens présentant seulement de la confusion ou un affaiblissement psychique post-confusionnel et peu ancien ».

Il rapporte l'observation de cinq malades, ainsi traités et améliorés, sur lesquels quatre avaient déjà un affaiblissement intellectuel certain. Deux de ces malades sont tuberculeux, un suspect, deux paraissent indemnes. Ceux-ci semblent des prédisposés, prédisposition signalée par Roubinowitch, qui signale

l'hérédité tuberculeuse chez les déments précoces dans 50 p. 100 des cas.

« Les succès, dit le D^r Hamel, que nous avons obtenus par le traitement minéral, à la fois dans le domaine physique et dans le domaine mental, sont un nouvel argument en faveur de l'existence de cette double prédisposition à la tuberculose et à la déchéance intellectuelle, qui constitue le terrain déminéralisé. »

III. — *Etats mixtes de la psychose maniaque dépressive. La manie coléreuse et ses différentes formes*; par les D^{rs} H. Nouët et L. Trepsat (numéro du 5 février). — Parmi les états mixtes de la psychose maniaque dépressive, la manie coléreuse semble assez fréquente, en particulier chez la femme. Les auteurs distinguent, dans la manie coléreuse, trois variétés, selon que domine tel ou tel élément constitutif du syndrome, et rapportent une observation pour chacune de ces variétés.

Dans la première variété, il y a prédominance des troubles de l'humeur : malades moroses, sombres, peu loquaces; peu d'agitation motrice; injures et menaces; peu de fuite des idées.

Dans la seconde variété, il s'agit de malades moroses, tristes, peu agités, mais extrêmement loquaces, logorrhéiques. On peut observer des idées délirantes, notamment de grandeur et de persécution, idées délirantes mobiles; mais le symptôme fondamental est la fuite des idées.

Dans la troisième variété, les malades sont d'humeur sombre, la fuite des idées est peu prononcée, mais l'agitation motrice est intense, avec cris et gestes désordonnés.

Il est à remarquer, dans les observations citées, que l'on trouve des idées délirantes de persécution. Mobiles, changeantes, superficielles, non systématisées, comme dans tous les états de la psychose maniaque-dépressive, ces idées délirantes de persécution seraient surtout marquées dans cette forme qu'est la manie coléreuse, et leur présence peut orienter le diagnostic.

Les auteurs proposent d'appeler les trois variétés exposées de la manie coléreuse : forme hypothyroïdique, forme idéative, forme motrice, selon la prédominance d'un des éléments constitutifs sur les deux autres.

IV. — *Des idées obsédantes (phobies, obsessions, trac des artistes) et de leur traitement*; par le D^r Van der Ghys (numéros des 20 avril et 5 mai). — Très rarement isolés, les cas de phobie et d'obsession reconnaissent le plus souvent pour ori-

gine une disposition neuro-pathologique, hystérie, neurasthénie ou autre.

Lowenfeld distingue :

a) Les phobies communes ;

b) Les phobies d'occasion, constituées par de la peur pour des choses qui jamais n'effraient une personne valide.

L'auteur examine des cas de phobie professionnelle, et plus particulièrement le « trac » des musiciens, très fréquent, bien que rarement mentionné, et dont les conséquences, parfois très importantes pour les sujets atteints, méritent de retenir l'attention.

Divers auteurs préconisent comme traitement : le traitement général, celui de la cause présumée (surmenage), la psychothérapie, la suggestion. Pour Bérillon, il faut :

1° Provoquer l'état d'hypnotisme ;

2° Procéder par des suggestions d'ordre général à la rééducation de la volonté ;

3° Réaliser par des suggestions particulières la représentation mentale des conditions dans lesquelles se manifeste le trac ;

4° Neutraliser les images mentales génératrices de l'anxiété et arriver à accoutumer l'esprit à les supporter sans émotion.

Farez, ayant remarqué l'existence de troubles somatiques tels que : spasme respiratoire, hypertension artérielle, etc., propose un traitement physique approprié.

Freud et Cramer n'admettent que l'emploi de la méthode psychothérapique, à l'exclusion de la suggestion.

Dubois, de Berne, condamne également l'hypnose et la suggestion, et n'admet qu'une « persuasion loyale ».

Voici quelle est la conduite admise par l'auteur dans le traitement du trac :

Après un examen somatique, prescrire une vie hygiénique et réglée, nourriture saine et abondante, pas d'excitants, exercice régulier au grand air, puis séances de suggestion.

Les succès obtenus, démontrent que le trac est guérissable et que le médecin doit en tenter la guérison. Le pronostic est donc en général favorable, sauf dans les cas où les phénomènes évoluent sur un terrain de débilité mentale.

V. — *Les anorexies nerveuses* ; par le D^r P. Sollier (numéro du 5 juin). — En dehors des anorexies nerveuses rattachées jadis à l'hystérie, l'auteur distingue une anorexie mentale, que Régis rattache à la neurasthénie. Il range dans cette anorexie

mentale diverses formes, d'origine différente, sous la dénomination générale de psychopathies gastriques.

Dans celles-ci, trois grandes catégories : 1° par idée fixe ; 2° par phobie ; 3° par inhibition.

1° L'obsession d'une maladie d'estomac est la plus curable, si on sait persuader au malade de s'alimenter normalement.

L'anorexie par désir de se rendre malade ou même de mourir est d'un pronostic plus sérieux. Il est souvent nécessaire de supprimer la cause morale qui se trouve à l'origine des troubles.

Plus graves sont les formes dans lesquelles il y a obsession de la maigreur, parfois très accusée, formes où l'on trouve parfois de véritables états délirants.

2° Les anorexies par phobie sont nombreuses, mais moins graves, les cas sont peu rebelles.

Ces malades craignent de s'étouffer, d'être congestionnés, d'avoir une indigestion, des douleurs gastriques ou intestinales ; d'autres trouvent que la digestion entrave leur activité intellectuelle. Il faut dans ces cas faire de la psychothérapie, mais en ayant soin d'alimenter le malade en même temps et de l'alimenter normalement.

3° L'inhibition fonctionnelle peut se montrer à la suite de deux ordres de causes : morales et physiques. C'est surtout les émotions répétées, les passions contenues qui, diminuant ou abolissant l'appétit, amènent l'insuffisance de l'alimentation, la dénutrition et l'insomnie qui aggravent l'épuisement. La prescription par les médecins de régimes restreints se trouve parfois à l'origine de troubles de cet ordre,

Mais l'inhibition physique peut être seule en cause et se montrer primitivement : repas irréguliers, alimentation précipitée sont surtout en cause. Il est essentiel, dans ces cas, de ne pas oublier que les douleurs gastriques ne doivent pas être traitées par la réduction de régime, qui accentue les troubles, mais par le repos. Dans l'anorexie d'évolution, qui survient à la puberté chez la jeune fille, tout l'organisme participe à l'inhibition, foie et reins comme appareil digestif. On doit alors proscrire le régime lacté, mais ordonner le régime normal, d'emblée et sans transition.

C'est d'ailleurs ce régime normal qui convient chez les anorexiques en général, régime qu'on doit instituer sans tenir compte des douleurs gastriques, ni de la gêne qui peuvent se montrer dans les premiers temps.

VI. — *Poésie et démence* ; par le D^r Boulanger (numéro du

20 juin). — La création d'une œuvre d'art, comme le charme qu'elle fait ressentir, exige un état anesthésique spécial, soit sensation vague, comme dans un demi-rêve. Dans ce dernier cas, la pensée passe d'un objet à un autre avec cette facilité, cet état d'euphorie si connu dans la rêverie.

Donc, une maladie mentale provoquant cette euphorie vague créerait des prédispositions à la rêverie et à la poésie. Cela ne se trouve pas dans la paralysie générale où les facultés se dissolvent trop vite, mais peut se trouver dans d'autres affections; l'auteur rapporte l'observation d'un dément précoce, chez lequel aucune tendance poétique n'a été antérieurement relevée, à l'appui de sa thèse.

Dans les écrits cités, « on sent bien nettement ce laisser aller aux impressions successives du milieu. Ce décousu, non recherché par le malade, dû à son état mental de dément précoce au début, nous donne une impression de rêverie. Les images, sont parfois fortes chez lui... »

À côté de fragments dus à des sensations uniquement visuelles, s'en trouvent d'autres, exclusivement faits de sensations auditives.

Mais le travail poétique d'un tel malade reste partiel et fragmentaire, alors que le poète normal domine son œuvre pour en faire un tout.

L'auteur croit qu'il est mieux, pour éclairer le processus normal de la création d'œuvres d'art, d'étudier les productions poétiques d'aliénés, que de rechercher les tares individuelles ou familiales de poètes, musiciens ou grands écrivains.

VII. — *L'organisation actuelle des colonies familiales d'aliénés en France*; par le D^r A. Rodiet (numéros du 27 septembre et 5 octobre). — La colonisation familiale des aliénés remonte, en France, à 1893. C'est aujourd'hui une œuvre stable et durable qui a fait ses preuves, puisque 950 à 1.000 malades femmes sont aujourd'hui hospitalisés à Dun-sur-Auron (Cher) et aux environs. Le directeur actuel, M. Rodiet, étudie dans deux articles importants les avantages et les inconvénients de l'assistance familiale. Il nous montre le malade à son arrivée et pendant son séjour à la colonie, les différentes réactions de l'aliéné remis brusquement dans la vie sociale, l'adaptation au milieu, l'importance d'un placement bien choisi. Au nouvel arrivé rendu à la liberté, il faut trouver un intérieur dans lequel il se plaira. Besogne délicate, surtout lorsqu'il s'agit des femmes, car les malades sont d'ordinaire deux par placement et il faut

compter avec la nourricière. Lorsque l'association est bien faite, les résultats sont toujours heureux.

Un règlement général affiché dans la chambre des malades leur assure une nourriture suffisante, une literie propre, des vêtements confortables et une hygiène indispensable à leur santé.

Les pensionnaires doivent prendre leurs repas à la table familiale.

Ils doivent recevoir, au moins, par personne, 3 kilog. 1/2 de pain, un litre de vin, de la viande fraîche quatre jours par semaine pour un poids d'un kilogramme, indépendamment des légumes, du lait, du beurre, fromage, etc. Les chambres doivent avoir 20 mètres cubes par personne; les murs et le plafond doivent être blanchis à la chaux, au moins deux fois par an. Le lit et ses accessoires sont fournis par les nourriciers, les vêtements par l'Administration.

Les malades ne doivent aucun travail au profit des nourriciers; elles ne sont occupées que si elles le demandent et en échange d'une rétribution déterminée.

Sur 560 aliénées placées dans les familles, 200 travaillent régulièrement. 100 sont occupées par des confectionneuses de lingerie et de couture. La meilleure blanchisseuse de la ville est une pensionnaire. Une autre est professeur de piano. Les malades touchent directement l'argent et en font l'usage qu'il leur plaît.

Le prix de journée payé par le département de la Seine ne donne aux nourriciers que 1 fr. 10 par jour et par malade, pour la nourriture et les soins. Le prix total de journée en y comprenant les frais généraux est de 1 fr. 50, comme à Gheel.

Le service médical et de surveillance joue naturellement un rôle essentiel dans une colonie, car les nourriciers prennent des pensionnaires pour en retirer un bénéfice et il ne faut pas qu'ils cherchent à exploiter la situation.

Le personnel médical se compose de : un médecin-directeur, deux médecins adjoints, trois médecins assistants. De plus, trois infirmiers surveillants secondent les médecins.

La visite des malades est assez difficile, car la colonie comprend non seulement la petite ville de Dun-sur-Auron, mais encore cinq annexes situées dans des villages voisins, dont le plus éloigné est à 20 kilomètres. L'un des assistants réside au centre de la colonie; les deux autres habitent les deux annexes les plus importantes.

Tous les pensionnaires sont vus environ une fois par semaine par un médecin. A Dun, chaque jour, une tournée est faite matin et soir par un surveillant et chaque tournée comprend de vingt à trente placements. Le surveillant marque sa visite sur le carnet du nourricier avec un timbre dateur.

Chaque malade a sa feuille d'observations où sont notées toutes les indications concernant l'état mental et la santé physique. Au bureau de la Colonie se tient en permanence un surveillant et, plusieurs fois par jour, un médecin.

Ils reçoivent les réclamations des malades et des nourriciers, et chaque plainte est l'objet d'une enquête.

Le rôle des médecins dans une Colonie familiale est surtout social. C'est, avant tout, une fonction d'éducateur dans laquelle toutes les qualités du psychologue peuvent se révéler.

Une infirmerie située au centre de la Colonie recueille les délirantes aiguës, les gâteuses et les malades atteintes d'affections graves.

Le service des bains est complètement organisé à Dun et il existe encore quelques baignoires dans deux annexes.

Telle est l'organisation actuelle de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron. Celle d'Ainay-le-Château, réservée aux hommes, a un fonctionnement analogue. L'extension de l'assistance familiale des aliénés n'est pas indéfinie. Ce mode d'assistance ne s'adresse qu'à un certain nombre de malades qu'il faut bien choisir, mais il rend alors les plus grands services.

D^r R. LEROY.

JOURNAUX ITALIENS

Archivio di psichiatria, neuropatologia antropologia criminale e medicina legale.

ANNÉE 1908.

I. — *La Criminalité des jeunes gens*; par le D^r Agosti (numéro de janvier). — Etudes et recherches faites sur 40 cas traités à l'Institut pour l'éducation et la correction des mineurs, débauchés du Piémont. Ces sujets sont : 1° des détenus en vertu de la loi sur la sûreté publique et 2° ceux placés en vertu de l'article 222 du code pénal italien (délinquants mineurs sans

discernement), 27 sont des délinquants occasionnels, 3 des faibles d'esprit, 15 des criminels-nés incorrigibles avec anomalies somatiques et 5 des épileptiques. L'auteur énumère les principales anomalies physiques et les particularités qu'il a constatées chez eux et aussi le nombre énorme de cicatrices qu'ils présentent tout particulièrement dans la région frontale. Remarquons que, dans un milieu ethnique brachycéphale, la brachycéphalie reste la règle chez les criminels comme chez les normaux, 24 sur 40. Parmi les traits de caractère qu'Agosti a relevés, signalons les exagérations infantiles, la paresse, l'insensibilité algique, les jeux féroces, les cruautés, l'amour du vol, l'absence de remords, la passion pour le vin et le tabac, l'onanisme, les perversions sexuelles. Il signale encore les hiéroglyphes, l'argot spécial et cryptique, les conventicules secrets et la plupart des particularités signalées chez les adultes criminels.

II. — *Cas d'homosexualité féminine*; par le D^r G.-L. Gasparini (numéro de janvier). — Les cas de cette espèce sont loin d'être communs. Voici le résumé de celui de Gasparini. Une fille de dix-neuf ans, élevée en garçon par une tante, révèle dès le couvent des tendances homosexuelles et entretient avec une de ses compagnes, plus jeune qu'elle de quatre ans, un amour lesbien qui la fait chasser du couvent. Elle devient alors apprentie couturière et fait une déclaration en forme et une demande en mariage à une jeune bourgeoise de vingt ans; puis, cette jeune fille s'étant fiancée, elle chercha une place de garçon d'auberge. Cette jeune homosexuelle, qui est vierge, présente de nombreux stigmates physiques de dégénérescence et en particulier un thorax masculin. Elle a aussi des crises et les signes classiques de l'hystérie. Elle éprouve des répugnances pour le sexe masculin et un attrait irrésistible pour les beautés féminines. Il semble que cet état soit congénital et en relation avec une hérédité morbide d'origine alcoolique.

III. — *Cas rares de précocité sexuelle*; par le D^r Roasenda (numéro de janvier). — On les rencontre chez les sujets les plus tarés et chez les criminels. Lombroso a vu une fille de six ans, très brutale, qui avait les caractères sexuels d'une femme de trente ans; une autre fillette qui s'était montrée normale jusqu'à l'âge de cinq ans, fit une chute sur le front, resta dans un état comateux pendant un mois, perdit toute possibilité d'apprendre, devint méchante, menteuse et obscène. Un garçon de huit mois avait des érections en tétant sa mère.

Audenino vit un jeune imbécile de trois ans qui se masturbait, qui eut des spasmes sexuels à quatre ans et qui cherchait à cet âge à pratiquer le coït. Une épileptique du même auteur s'exhibait à treize ans, se prostituait dès son jeune âge, et cela pour de l'argent. Di Blasio signale chez les délinquants et les prostituées, la précocité du développement sexuel et de la puberté : seuls les filous et les faussaires échappent à cette règle. Enfin Stein, de Königsberg, a cité le cas d'une fille de trois ans complètement développée.

IV. — *Psychopathologie des symptômes de la démence précoce* ; par le D^r Roncorini (numéro de janvier). — Les signes pathognomoniques en sont, d'après Kraepelin : absence d'émotions par rapport aux stimulus extérieurs, aboulie, conservation de la capacité d'apprendre et de retenir, mais difficulté de la révocation des images, faiblesse du pouvoir auto-critique, perte de la vivacité intellectuelle, absence de participation à l'ambiance, impulsivité spontanée à quelques activités. Dans la sphère volitive, on trouve fréquemment des phénomènes catatoniques, automatisme, négativisme. Très secondaires sont les idées délirantes et les troubles sensoriels. L'absence d'affectivité en est un des symptômes les plus importants. Il en est de même du maniérisme. Souvent, il y a dans cette maladie des rémissions de deux types différents : 1) Les processus psychiques qui semblent s'être éteints peu à peu ne sont pas en réalité tous disparus, mais sont en partie inhibés par un mécanisme quelconque qui peut se suspendre ou disparaître ; 2) ou bien il s'établit des fonctions vicariantes. Cette dernière hypothèse paraît peu vraisemblable. On peut rencontrer dans la démence précoce de l'excitation, de la dépression, de la confusion et même quelquefois des états circulaires : c'est une psychopathie progressive et définitive d'un grand nombre de processus psychiques, spécialement des plus évolués, et la persistance d'un nombre relativement élevé de représentations mentales spécialement en rapport avec l'activité la moins évoluée de l'esprit, par conséquent des phénomènes d'automatisme. La perte de la volonté est l'un des facteurs les plus importants du diagnostic. La logorrhée, le mutisme, les idées délirantes les plus variables peuvent s'y rencontrer. La catatonie provient d'une altération du système nerveux moteur. L'auteur, à propos de chacun des symptômes énumérés, étudie sa psychologie, son mécanisme, les caractères particuliers qui le distinguent dans cette forme psychique et dans les autres où il se rencontre.

V. — *La corectopie fonctionnelle*; par le D^r C. Negro (numéro de janvier). — La corectopie est une malformation dégénérative qui est caractérisée par la position excentrique de la pupille vers le bord cornéal; elle peut être permanente, congénitale et transmise par hérédité. Lorsqu'elle existe, les réactions pupillaires peuvent être normales aux excitations et aux médicaments. Elle est intermittente et purement fonctionnelle pendant les périodes interparoxystiques dans 8 à 10 p. 100 des cas d'épilepsie; la pupille est devenue excentrique soit d'un seul côté, soit des deux, mais sans symétrie et variant d'un moment à l'autre. On la voit surtout dans les formes à crises fréquentes et même dans les formes partielles (équivalents psychiques, sensitivo-sensoriels). On constate que la corectopie est purement fonctionnelle en la suivant pendant un certain temps et en étudiant ses variations s'il y a lieu. Rarement on observe un véritable hippus dans ces cas. L'ectopie fonctionnelle est maxima quand la quantité de lumière est minima et lorsque la force d'accommodation n'entre pas en jeu. L'expérience à l'aide de la cocaïne, en solution à 1 ou 2 p. 100, montre que, chez les épileptiques, la corectopie relève d'une altération du segment fonctionnel périphérique des fibres dilatatrices de l'iris; mais souvent la cocaïne n'a pas d'action, c'est que la corectopie est permanente (paralysie générale, tabes) ou tératologique. Quand elle est intermittente, elle est due à une hyperexcitabilité du sympathique à laquelle le moteur oculaire commun reste étranger.

VI. — *Sur la ressemblance des cortex cérébral et cérébelleux*; par le D^r Lecha Marzo (numéro de janvier). — Dans le cortex cérébral, on distingue quatre étages en allant de l'extérieur vers l'intérieur: 1° l'étage moléculaire; 2° les petites cellules pyramidales; 3° les grandes cellules pyramidales (l'ensemble de ces deux couches forme l'étage des cellules pyramidales de Van Gehuchten); 4° les corpuscules polymorphes. Dans le cortex cérébelleux, il existe: 1° une couche moléculaire; 2° la couche des cellules de Purkinje ou cellules pyramidales cérébelleuses; 3° le stratum granulosum formé de cellules polymorphes. L'auteur décrit alors les différents éléments qui caractérisent les diverses couches cérébelleuses, les ressemblances et les différences qu'ils présentent avec les éléments cérébraux. Parmi les différences, la plus saillante est que le prolongement ascendant des cellules de Purkinje paraît très court et que les prolongements protoplasmiques des cellules

pyramidales n'occupent que l'étage de ce nom. Les cellules pyramidales voisines de l'étage moléculaire ont le prolongement protoplasmique très court et quelquefois en manquent complètement. Lecha-Marzo rejette l'opinion de Sabatto qui déclare que le cortex cérébral présente une structure propre qui diffère essentiellement de celle de toutes les autres portions de l'encéphale et il conclut : « Tous les éléments du cortex cérébelleux ont leur correspondant dans le cortex cérébral typique, les seules différences sont la plus grande richesse des cellules cérébrales et la plus grande complication de leur structure. »

VII. — *Comment peut-on réfréner la criminalité juvénile?* par le D^r Roncorini (numéro de janvier). — C'est par la lutte contre l'alcoolisme, par l'établissement d'une responsabilité civile et pénale contre les parents qui abandonnent leurs enfants sans surveillance morale que doit débiter la campagne contre la criminalité juvénile. Les enfants ne doivent être emprisonnés que pour de graves transgressions de la loi, tandis que les patronages scolaires et professionnels doivent apporter leurs concours aux parents pour la surveillance des enfants lorsqu'ils ne peuvent les surveiller eux-mêmes. L'Etat doit son appui aux orphelins, aux vagabonds, aux moralement abandonnés. Les enfants aliénés ou fous moraux doivent être placés dans des institutions spéciales, sous la surveillance de l'Etat. Ces institutions doivent être des lieux d'observation, dirigés par un aliéniste compétent, où l'on puisse classer les sujets, les remettre, suivant les cas, à des patronages, à des établissements de traitement ou de réforme. Roncorini préfère des établissements privés surveillés par l'Etat aux établissements publics, parce que leur organisation sera plus facile à réaliser. Les écoles de réforme sont destinées aux enfants qui, sans avoir un caractère profondément criminel, sont mal entourés. Rappelons qu'en Italie 40.000 mineurs sont annuellement traduits devant les tribunaux répressifs.

VIII. — *Les « scinoars » ou « jivaros » de l'Equateur*; par le D^r Aly Belfadel (numéro de janvier). — Ce sont des tribus sauvages habitant l'Equateur; ils sont d'une taille voisine de la moyenne, de couleur havane, ventrus et cependant très sveltes, les yeux obliques et petits, de couleur jaune, le nez bombé. Leur langage est agglutinant et rappelle le japonais, le finnois, le magyar. Leur civilisation est celle de l'âge de pierre; ils vivent par familles dans des cases séparées, formées de palissades en

bois recouvertes de palmes, la chambre unique contient beaucoup de lits, mais les hommes sont séparés des femmes; ils sont polygames et se passent, pour le mariage, du consentement de la femme. Ils aiment les enfants; le vainqueur adopte ceux des vaincus. Les vêtements se composent d'un pagne rectangulaire chez l'homme, d'une toge rouge recouvrant le corps depuis l'épaule jusqu'aux genoux chez la femme. Ils s'ornent d'amulettes, mais ne se tatouent pas; ils se percent la lèvre inférieure et l'oreille pour y mettre des anneaux; ce sont de hardis chasseurs qui poursuivent le gibier avec les flèches empoisonnées. Ils s'enivrent avec un liquide alcoolique dérivé du yucca. Ils sont très superstitieux et paresseux. Ils ne connaissent ni le vagabondage, ni l'adultère. Ils présentent de la stéatopygie.

IX. — *Recherches sur l'hémolyse chez les malades phrénasthéniques*; par le D^r Benigni (numéro de janvier). — L'action toxique exercée sur le discoplasma par les anticorps hémolytiques provoque seulement partiellement la diffusion de l'hémoglobine dans le liquide ambiant en laissant intact le stroma des globules rouges. Le sérum de lapin, immunisé avec du sang d'idiot, hémolyse complètement les hématies du malade qui a fourni le sang; donc, on doit retenir que l'immunisation du lapin n'a pas réussi d'une manière complète. Le sérum des mêmes malades exerce un pouvoir lytique de faible degré, même sur les hématies des lapins immunisés avec leur propre sang, tandis que le sérum normal hémolyse les érythrocytes des lapins à un degré beaucoup plus marqué. Le sérum des femmes idiotes a, en général, un pouvoir hémolytique plus prononcé et produit une hémolyse plus rapide que le sérum des hommes. Est-ce une simple variation fortuite? Car trop peu de cas de ce genre ont pu être examinés.

X. — *Contribution à l'étude de la trichose sacrée*; par le D^r Bertini (numéro de janvier). — Quelques recherches sur ce sujet sont dues à Cernstein, Virchow, Féré, Brugia Batistelli. Dans le cas présent, il s'agit d'une femme aliénée de trente-deux ans, présentant de la sténocrotaphie, de l'anisocorie, de la macrodontie, qui a eu trois enfants morts en bas âge et qui est internée pour dépression avec appoint alcoolique, idées d'empoisonnement et prétend qu'elle a des vers dans le corps. Elle présente au niveau du bord supérieur de l'os iliaque une touffe de poils longs et soyeux atteignant une longueur maximale de 15 centimètres et placés sur une tache ellipsoïde de

170 millimètres de long sur 80 de largeur. Cette trichose paraît être due à un retour atavique vers les anthropoïdes ; on rencontre pareille anomalie chez les Aïnos. Les Tonkinois ont parfois à cette région une tache pigmentaire.

XI. — *Moulin Bamford rapide à main dans la prophylaxie de la pellagre* ; par le D^r C. Lombroso (numéro de janvier). — Balp a introduit les moulins à main dans les pays infectés de pellagre. Ce modèle, qui est bon et dont le prix varie de 90 à 100 francs suivant ses dimensions, permet d'obtenir à l'heure 35 à 45 kilogrammes de farine. Grâce à lui, on peut avoir dans les familles, à un prix modéré, un instrument qui permet de contrôler la qualité du maïs employé et de pouvoir produire de la farine au gré du consommateur qui pourra utiliser pour ce travail les journées de mauvais temps. Cet instrument peut être commun à plusieurs familles.

XII. — *Action d'Eusapia Paladino sur l'électroscope* ; par le D^r Imoda (numéro de janvier). — Le célèbre médium émet des radiations semblables à celles du radium et des rayons cathodiques de l'ampoule de Crookes, c'est-à-dire une décharge rapide de l'électroscope sans contact. Eusapia était placée, pendant les expériences, près d'une table sur laquelle était un électroscope chargé dont le diélectrique avait été construit en soufre pur. On fit tendre, en les surveillant, les mains du médium jusqu'à 10 centimètres de l'électrode qui se déchargeait en trois ou quatre minutes et non instantanément comme avec le radium. Si nous rapprochons ces faits de l'impression des plaques photographiques, il devient probable que les rayons cathodiques et les rayons médiumniques sont de même nature. Il s'agirait de savoir cependant si les rayons médiumniques ont, comme ceux du radium ou les cathodiques, la propriété de rendre phosphorescent un obstacle au platino-cyanure de baryum placé sur leur trajet. On peut cependant affirmer que ces rayons, qui ne sont pas perceptibles pour l'œil, suffisent à impressionner un électroscope ou une plaque photographique. Nous laissons à Imoda la responsabilité de cet essai d'identification des rayons cathodiques avec les rayons émis par les médiums, dont l'existence même ne nous paraît pas absolument démontrée.

XIII. — *Du type cranio-facial chez 300 homicides* ; par le D^r Ascarelli (numéro de mai). — Le type le plus fréquemment rencontré dans les photographies de 300 homicides recueillies par l'auteur est le type commun (40,3 p. 100), puis le type

inférieur (20,3 p. 100), l'antieu rythmique (12,6 p. 100), l'asymétrique (7,3 p. 100) et le type à facies criminel (11,3 p. 100). Dans les types communs, on rencontre en moyenne trois anomalies par sujet; dans les types anormaux, plus de 8. Plus nombreuses que dans les autres types, les anomalies se trouvent au nombre de 11,4 p. 100 par sujet dans les types inférieurs. Dans le type à facies criminel, il y a une grande prévalence du type inférieur (26 p. 100), puis de l'antieu rythmie (18 p. 100). Dans ce même type, les anomalies individuelles se rencontrent toujours en plus grand nombre que dans les variétés non criminelles de même catégorie. Les caractères anormaux les plus fréquents chez les homicides sont les arcades orbitaires très saillantes (29,6 p. 100), la plagiopropie (29,3 p. 100), l'oreille en anse (28 p. 100), le développement anormal des maxillaires (25,3 p. 100), la plagiocéphalie (16,3 p. 100), les anomalies des oreilles (11,6 p. 100). La mâchoire inférieure s'est trouvée anormale dans 29,3 p. 100 des cas; dans les types inférieurs, c'est la mâchoire uniformément grande qui prédomine; dans les types antieu rythmiques, la variété de la mâchoire à grand corps et à petites branches ou à branches grandes et écartées avec menton petit est fréquente. Dans le type à facies criminel, les anomalies du maxillaire inférieur atteignent 73,52 p. 100 et dans le type inférieur de cette variété 75 p. 100.

XIV. — *Forme singulière de folie à deux*; par le D^r E. Rivari (numéro de mai). — L'auteur rappelle diverses théories sur la folie à deux: celle de Lasègue et Falret, celles de Seppilli, de Venturi, de Funaioli, de Rosioli et les liens qui rattachent cette dernière à la théorie de la suggestion à l'état de veille. Puis il rapporte le fait suivant: une femme née en 1861, ayant eu des accidents hystérisiformes, une intelligence faible et un caractère très ambitieux, subit l'ascendant de sa sœur cadette, de sept ans plus jeune, qui, elle aussi, est hystérique. Cette dernière arrive à se persuader et à persuader à sa sœur qu'elles ne sont point les enfants de leurs parents, mais qu'elles sont nées d'un évêque et d'une grande dame. Leur frère, bien qu'ouvrier en apparence, a, dans un monde occulte, une brillante situation. Elles arrivent à entendre les voix de l'évêque, leur père supposé, lequel aurait été fils d'un cardinal issu lui-même de Pie IX. Elles ont peur d'être empoisonnées par leurs ennemis, les « blancs » de Florence, factions qui, d'après elles, existeraient encore. Nous sommes donc en pré-

sence d'un cas de métabolisme paranoïaque qui ne relèverait pas de la démence précoce, cette forme de folie où interviennent des altérations somatiques qui ne peuvent être communiquées.

XV. — *Contribution clinique à l'épilepsie psychique*; par le D^r Bandettini de Poggio (numéro de mai). — Le 3 mars 1907, l'agent de police Oreste M... sort de sa caserne sans permission et y rentre le 5 mars, excité et confus, vêtu moitié en civil moitié en uniforme; il est envoyé à l'hôpital. C'est le fils d'un ivrogne et d'une épileptique. Lui-même, après avoir eu, vers l'âge de sept ans, des crises paludéennes, devint épileptique; vers l'âge de dix-sept ans, il eut des équivalents avec confusion et vertiges. A vingt et un ans, une crise très violente dans un banquet d'adieu avant de partir au régiment. Il a changé bien souvent de métier et, depuis quinze mois, il est dans la police. Il est gaucher, a de l'asymétrie du crâne à gauche, de la face à droite; amnésie post-paroxystique. Vaniteux, émotif. C'est en somme un cas d'épilepsie à forme psychique; il doit être réformé.

XVI. — *Ecriture en miroir chez un petit garçon normal*; par le D^r A. Sacerdote (numéro de mai). — L'écriture de la main gauche dite en miroir est une écriture dans laquelle les caractères sont tracés de la droite vers la gauche; les mouvements de la main qui écrit sont, par rapport à la ligne médiane, les mêmes que dans l'écriture normale, mais la main se déplace vers la gauche au lieu de se déplacer vers la droite. Dans le cas présent, il s'agit d'un enfant de neuf ans, de famille aisée, lymphatique et légèrement hydrocéphale, avec saillie frontale à droite, pupilles corectopiques. Il est gaucher et écrit spontanément en miroir pour son usage personnel, même les yeux bandés.

XVII. — *Le nystagmus comme stigmatisme pathologique congénital chez les épileptiques*; par le D^r Roasenda (numéro de mai). Le nystagmus est un signe important de lésions nerveuses locales ou centrales. Il est constitué par des mouvements de l'œil, par secousses qui se répètent avec une grande rapidité (oscillations rotatoires mixtes). Il se rencontre : 1° dans les faiblesses de la vue débutant depuis la naissance jusqu'aux premières années de l'adolescence (blennorrhée des nouveau-nés, vices de réfraction, opacité des milieux, anomalies congénitales, albinisme, rétinite pigmentaire); 2° c'est un symptôme de quelques maladies cérébrales (par exemple, sclérose en plaques); 3° on le rencontre chez les ouvriers des houillères, où il est

une conséquence du travail dans les puits. Les anomalies congénitales sont surtout fréquentes chez les tarés et en particulier chez les épileptiques (Lombroso) aussi bien que chez les astigmatés. L'auteur les a rencontrées chez quatre épileptiques et le nystagmus apparaît au moment de l'accès chez les individus qui ne l'ont pas constamment. On ignore encore l'anatomie pathologique de cette lésion qui peut quelquefois être paralytique.

XVIII. — *Sur l'examen médico-légal des taches de substance cérébrale. Recherches microscopiques*; par le D^r G. Mansunio (numéros de janvier et de mai). — L'objet portant la tache est placé dans une solution de sérum physiologique, puis fixé au sublimé, solution saturée. On le laisse ainsi en place pendant vingt-quatre heures. On le lave pendant quelques minutes avec de l'eau distillée, puis on le laisse de neuf à dix heures dans l'eau iodée, vingt-quatre heures dans l'alcool iodé, enfin dans l'alcool à 80 degrés et dans l'alcool absolu. On le dilacère alors dans une goutte d'eau, on le place dans l'étuve à paraffine. Enfin, on colore au Nissl modifié de la façon suivante : vingt minutes dans une solution aqueuse saturée de thionine; on décolore par une solution d'alcool contenant 10 p. 100 d'aniline, on lave à l'alcool absolu, au xylol, puis on monte au baume de Canada. Quelquefois, à partir du passage dans l'eau distillée, on emploie la méthode indiquée dans les classiques pour les taches du linge. La méthode de l'auteur permet de faire un diagnostic précis de huit à dix mois et même davantage après la formation de la tache. Lorsque la putréfaction se produit, ce qui est d'ailleurs rare, la diagnose microscopique devient difficile; il en est ainsi, par exemple, dans le contact avec des liquides facilement putrescibles, dans l'enfouissement dans les terrains humides. Parfois même les taches sont tellement altérées qu'il devient impossible de les reconnaître au microscope.

XIX. — *Cryptomnésie*; par le professeur C. Lombroso (numéro de mai). — C'est la reviviscence d'anciens souvenirs, on la rencontre dans l'ivresse des grandes altitudes et dans certains états pathologiques, mais il n'y a point là de communications spiritistes.

XX. — *Mancinisme et dextrisme*; par le D^r Andenino (numéro de mai). — Il ne faut point confondre le mancinisme avec le pseudo-mancinisme. Ce dernier se rencontre chez des individus qui sont droitiers pour certains travaux et gauchers pour d'autres. Le pseudo-mancinisme peut être permanent ou tran-

sitoire ; il est permanent chez beaucoup de normaux, en particulier des femmes, chez les enfants à un certain stade de la vie, chez certains débiles, certains épileptiques, certains criminels. Il est transitoire dans les états hystériques et épileptiques, dans les états de somnambulisme, de trances, de dédoublement de la personnalité, dans les équivalents épileptiques, les états pré ou post-accessuels, les états de fatigue cérébrale et d'intoxication. Le mancinisme vrai est, ou congénital ou acquis, ou transitoire. Il est congénital ou presque, dans les états ataviques constitutionnels, dans les états pathologiques causés par des lésions de l'hémisphère gauche, dans la période qui précède la naissance ou dans les tout premiers temps de la vie extra-utérine (Bianchi, Redlich). Il est acquis plus tard à la suite des paralysies droites de toute origine, des fractures du bras droit, par mimétisme, par esprit d'imitation ; on le rencontre transitoirement dans l'épilepsie.

XXI. — *Etudes sur quelques tatouages* ; par le D^r J. de Crecchio (numéro de juillet). — Le tatouage, quelle que soit l'origine du mot, désigne une très ancienne habitude qui consiste à s'introduire dans le derme des poudres inertes (charbon, carmin) pour dessiner des symboles, des inscriptions, des portraits. Pour Penta ce serait uniquement des sujets tarés, voleurs, prostituées, etc., qui auraient cette habitude qui serait en rapport avec une débilité intellectuelle. Il paraît qu'à Londres et en Amérique des personnes de l'aristocratie portent des tatouages. Fraser fit tatouer les récidivistes anglais à la jambe et Roberts, pendant les guerres du Sud de l'Afrique, conseilla à ses officiers de se faire tatouer comme signe de reconnaissance. De Crecchio a recueilli un grand nombre de tatouages, tant dans la pratique médico-légale qu'à l'amphithéâtre des hôpitaux, et les classe sous les rubriques suivantes (classification du D^r Blasio) : 1, religieux ; 2, érotiques ; 3, sobriquets ; 4, vengeance ; 5, grades dans la mafia ; 6, mépris ; 7, profession ; 8, beauté ; 9, dates ; 10, ethniques ; 11, obscènes ; 12, familiaux ; 13, symboliques ; 14, devises.

XXII. — *Le bonheur chez les fous et chez les génies* ; par le professeur C. Lombroso (numéro de juillet). — Le plaisir est fugace, il est trop tôt suivi d'ennui, de lassitude, de repentir ; la douleur est plus intense et plus persistante. Le bonheur vrai, comme le dit la fille de l'auteur, consiste dans un exercice complet de nos organes qu'on ne peut obtenir facilement, car s'il dépasse certaines limites, il devient une cause de troubles. Ce

bonheur que nous cherchons sans l'atteindre existe peut-être chez les fous. Dans la paralysie générale, l'euphorie, la richesse, la béatitude sont fréquents et probablement en rapport avec des *processus* toxi-infectieux, une hyperactivité circulatoire, un abaissement de la pression artérielle, de la dilatation des vaisseaux périphériques : car, comme l'a dit Lange, la joie est la conscience, l'avertissement de phénomènes vasculaires et surtout de la dilatation des artères périphériques du cerveau. Dans la folie circulaire, le stade d'activité désordonnée avec insomnie correspond à une période de bonheur ; il en est de même dans les formes où se rencontrent des idées ambitieuses. Mais parfois, comme chez le Tasse, ces dernières s'accompagnent d'idées de persécution. Le génie s'accompagne rarement d'humilité. Le Tasse, Calvin, Mahomet se croyaient des inspirés de Dieu : Newton voulait tuer ses contradicteurs scientifiques ; Hugo était atteint d'hypertrophie de la personnalité. D'autres, au contraire, surtout les penseurs les plus profonds, sont déprimés et mélancoliques, tels Aristoté, Giordano Bruno, Alfieri, Goethe, Byron, Rossini, Beethoven, Boito, Wagner ; les instants de joie qui traversent leur existence, sont de courte durée et sont des équivalents psychiques d'épilepsie chez des épiléptoïdes géniaux. Le véritable bonheur dans toute sa plénitude n'existe que dans les derniers stades de la démence paralytique où il peut persister des mois, ou dans les accents sublimes du génie, où il ne dure qu'un éclair. Malgré les vues précédentes si remarquablement développées par Lombroso, nous avouons que nous ne sommes pas convaincu.

XXIII. — *Expertise pour interdiction contestée* ; par le D^r G. C. Craveri (numéro de juillet). — Un ingénieur de cinquante-cinq ans est atteint d'alcoolisme chronique avec accidents épileptiformes, agitation, quérulence, affaiblissement mental dans lequel a sombré son logicisme scientifique. On doit l'interdire.

XXIV. — *Contribution à l'étude des chorées et des épiléptiques* ; par le D^r Andenino (numéro de juillet). — La chorée de Sydenham est fréquemment accompagnée de troubles cardiaques et présente de nombreuses analogies avec les affections rhumatismales. Pianesi y a décrit un microbe qu'il a trouvé dans la moelle épinière, et qui, cultivé sur gélatine peptonisée et inoculé, produit chez l'animal de l'apathie, des tremblements convulsifs et la mort. Leredde et Triboulet ont trouvé dans le sang et les centres nerveux des choréiques un staphylOCOQUE.

La chorée et l'épilepsie ont des rapports étiologiques importants (Negro, Joffroy, Murri). Andenino signale la coïncidence ou la succession de ces deux états chez un enfant de huit ans et chez un autre de seize. D'ailleurs, il fait remarquer que, dans l'une comme dans l'autre des deux maladies, les troubles prédominent d'un des côtés du corps. Il a vu un frère et une sœur atteints de chorée vulgaire et d'épilepsie. L'épilepsie serait, pour lui, provoquée par des causes toxiques et infectieuses dès l'époque fœtale ou peu après, la chorée plus tard. D'après Féré, sur 308 épileptiques, 40 avaient des ascendants choréiques, 47 des collatéraux et 8 des descendants atteints de cette maladie. Donc, la chorée et l'épilepsie sont des affections équipolentes.

XXV.— *Oxycéphalies, plagiocéphalie et trigonocéphalie chez un anormal*; par le D^r Masini et di Albertis (numéro de juillet). — Norma verticalis : trigonocéphalie; norma latéralis : oxycéphalie, aplatissement du bregma; norma occipitalis : exagération de la bosse pariétale gauche, plagiocéphalie, synostose du tiers latéral de la suture lambdoïde. Etroitesse des fosses cérébrales antérieures. Trou occipital irrégulier. Mensurations : capacité crânienne mesurée, 1544. Le sujet porteur de ce crâne si anormal était un ecclésiastique gradué, suspendu de son ministère pour alcoolisme et immoralité, qui fut interné et mourut d'apoplexie.

XXVI.— *Les « camp volant »*; par le D^r A. di Blasio (numéro de novembre). — L'auteur a pu en voir 632 en seize ans, mais 121 seulement étaient des Italiens. 87 avaient des moyens d'existence; les principales anomalies qu'il a remarquées sur les 121 Italiens étaient le front fuyant, 56; le front fuyant étroit et bas, 30; et le front saillant analogue à celui des Berbères, des Cafres et des Hottentots, 12. Les arcades sourcilières étaient saillantes dans 49 p. 100 des cas. C'est comme l'on sait le caractère le plus remarquable du crâne de Néanderthal, le prognathisme des mâchoires est fréquent, en particulier le prognathisme sous-nasal de Benedikt, caractère classique des Mélanésiens qui existe ici dans 29 p. 100 des cas. 7,25 p. 100 ont la lèvre autrichienne. Deux fois de Blasio a constaté des molaires énormes à 5 tubercules, une fois le palais en U des anthropomorphes, 1 fois le palais des Mélanésiens avec canines saillantes, 9 fois les molaires du type des néo-calédoniens. La plagioprosopie avec la plagiocéphalie, 31 p. 100; la mâchoire inférieure fuyante, 5,78 p. 100; les rides précoces,

31 p. 100; le nez plat, 31 p. 100; la bouche simiesque, 9,09 p. 100; les oreilles du même type que les crétins pyrénéens, 23 p. 100; l'œil mongol, 26,44 p. 100; l'œil saillant, 13,22 p. 100. Sur 121 sujets, de Blasio a trouvé 37 fois des anomalies de la main; 52 fois, du pied; 18 fois des malformations du crâne autres que celles rappelées plus haut; 27 fois des tatouages de différents genres; 7 fois des maladies mentales caractérisées; 34 fois de la faiblesse intellectuelle; 95 p. 100 parlaient argot; 45 étaient des déséquilibrés, la plupart changeaient de métier à chaque instant; 14 étaient pédérastes; 28, bigots; 60 croyaient aux amulettes; 63 étaient des ivrognes; 95, des joueurs; 65,80, des voleurs; 30, des sanguinaires; 45, des voleurs sanguinaires. Ce sont donc presque tous des anormaux et des sujets dangereux.

XXVII. — *Contribution clinique à l'étude de l'épilepsie alcoolique*; par le D^r Ramilla (numéro de novembre). — L'alcool a une action épileptogène (Westphal, Weygandt, Kraepelin Féré); pour Wildermuth, l'alcool ne ferait que faire apparaître l'épilepsie là où existent les dispositions spéciales prédisposantes. Magnan a montré par des expériences que l'essence d'absinthe a un pouvoir épileptogène très grand; Kraepelin, que l'alcool lui-même, sans absinthe, possède cette propriété. A Berlin, Möi et Furstner ont constaté que c'est surtout chez les ivrognes, plus que chez les alcooliques chroniques, qu'on trouve des crises épileptiques. Tanzi a décrit une ivresse pathologique avec impulsion, dont il fait un équivalent épileptique. On connaît l'intolérance des épileptiques pour l'alcool, qui a même la propriété de faire apparaître l'épilepsie dans les cas douteux. Enfin l'auteur rapporte l'observation d'un immoral constitutionnel criminaloïde, qui a eu de l'automatisme de nature épileptique et a commis dans cet état des violences envers un agent de police.

XXXVIII. — *Résultats de recherches expérimentales sur l'action physiologique qu'exercent sur les nerfs moteurs de la grenouille les secousses électriques de faible potentiel obtenues par un pôle unique de couples voltaïques*; Mémoire préliminaire par le D^r Negro (numéro de novembre). — Au moyen d'un dispositif très simple, on peut se servir pour la physiologie des couples voltaïques ordinaires comme machines électrostatiques de faible potentiel identique après chaque décharge. On peut augmenter le potentiel à volonté, en réunissant au système des couples en série. Le potentiel d'une pile peut être volontaire-

ment diminué jusqu'à un minimum, en unissant un de ses pôles avec une des extrémités d'un fil ou d'un rhéostat et l'autre extrémité de ce fil ou de ce rhéostat avec le sol. Le potentiel de charge de la préparation des grenouilles, sur lesquelles on expérimente, est différent suivant le point où est installé en dérivation le conducteur avec lequel est relié l'appareil lui-même. Comme ni une résistance, ni un réservoir électrique quelconque interposé ne peut modifier le potentiel qu'a acquis le nerf de grenouille isolé du sol et mis en rapport avec un des pôles d'une pile voltaïque, le potentiel minimum propre à provoquer la décharge vers la terre et allant jusqu'à la contraction maxima des muscles de grenouille représente une unité ou une fraction d'unité (volt), la valeur absolue de la limite d'excitabilité électrique du nerf pour les décharges des conducteurs électrostatiques peut être choisie comme unité électrique. Les nerfs moteur de la grenouille réagissent avec des contractions musculaires qui sont sous la dépendance surtout dans les décharges du pôle positif plus que dans celles du pôle négatif. La valeur absolue moyenne du potentiel nécessaire pour obtenir grâce à une excitation du nerf la plus grande contraction musculaire possible varie de 0 volt 5 à 0,7 pour le pôle positif et de 0,9 à 1 volt pour le pôle négatif. Par le seul effet de décharges répétées dans les nerfs de la grenouille, il se produit des modifications d'excitabilité sous l'influence desquelles les muscles manifestent des contractions d'abord toniques, puis tétaniques qui arrivent presque jusqu'à une complète inexcitabilité du nerf. Si la préparation vient ensuite à être isolée complètement du pôle de la pile avec lequel elle était en rapport, elle se trouve, à cause de cela, soustraite à toute excitation électrique ultérieure. L'action tétanogène du pôle négatif prévaut sur celle du pôle positif et dépend d'une altération locale du nerf moteur dont la nature reste à étudier et est précisément en rapport avec le point où celle-ci vient de nombreuses fois au contact avec le conducteur employé pour les décharges expérimentales de potentiel électrique.

XXIX. — *Cas d'épilepsie traumatique avec singulières lésions anatomo-pathologiques*; par les D^{rs} Masini et d'Albertis (numéro de novembre). — Un homme de cinquante-quatre ans fait à l'âge de quatorze mois une chute sur la tête qui a laissé une brèche cicatricielle; à dix-neuf ans, chute d'un omnibus sur la tête; depuis lors, épilepsie à crises violentes, parfois sitiophobie après les attaques. Plagiocéphalie, troubles du langage

le rendant ridicule, meurt de bronchopneumonie. A l'autopsie, on trouva une atrophie du lobe frontal gauche répondant à la brèche produite par le premier accident et, vers le pôle antérieur, une véritable porencéphalie traumatique. Les bords de cette poche étaient formés par du tissu névroglique; atrophie du rein droit, le rein gauche est presque double de la normale.

XXX.—*Hypnotisés et hypnotiseurs, chercheurs de voleurs*; par le D^r Lincoln de Castro (numéro de novembre). — A Cuba, le « hélascia », moyennant rétribution, se rend accompagné d'un jeune homme de treize ans sur le théâtre du délit, y fait une rapide inspection des lieux et demande à manger et à boire pour lui et son aide. Il convoque pour le soir un agent du gouvernement ou, à son défaut le propriétaire du terrain. Le soir, il fait la toilette complète de son aide, inspecte à nouveau les lieux et revient le lendemain matin recouvert d'une houppelande et avec une pipe jaune, il prend de l'eau sucrée, une canelle pour aspirer le liquide et un tube aspirateur. Après de nombreuses simagrées et après avoir versé trois poudres de nuances différentes, il fait des signes cabalistiques; il endort le sujet qui, en somnambulisme, se rend à une cabane quelconque, où il s'endort. Le propriétaire de la cabane est le voleur supposé. Est-ce de l'hypnotisme ou bien est-ce dû à l'action de plantes soporifiques, cannabis indica ou celastrus édulis?

XXXI. — *Bartolomeo Dellocha, chef de la bande des évadés de Novi*; par le D^r Fugerio (numéro de novembre). — Cet individu dont les parents paraissent avoir été normaux fut condamné vingt-quatre fois pour délits divers; interné en 1905, il ne fut pas reconnu aliéné; réintégré en prison, il s'évada. En 1908, nouvelle expertise, il ne fut pas davantage reconnu aliéné. Il présente de la diminution de la sensibilité à la douleur, cicatrices très nombreuses de coups de couteau ou d'accidents. Nombreux tatouages sur le ventre, les avant-bras, le côté droit du thorax; l'auteur en donne une description minutieuse et intéressante.

L. WAHL.

BIBLIOGRAPHIE

Éléments de sémiologie et clinique mentales; par le D^r Ph. Chaslin, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. grand in-8° cart. Paris, Asselin et Houzeau, 1912.

Voilà un livre, fruit d'un patient labeur et d'une expérience déjà-longue, qui est appelé à rendre de grands services non seulement aux étudiants en médecine, mais aux médecins, qu'ils soient ou non spécialisés dans les maladies mentales. Il ne traite, il est vrai, que d'une des parties de la psychiatrie; mais n'est-ce pas la partie la plus importante, celle qui étudie et décrit avec soin les symptômes si nombreux et si variés, j'ajouterai volontiers, et si nuancés, que l'observation clinique nous met sous les yeux? Sans doute, M. Chaslin aurait pu, lui aussi, écrire un *Traité* complet sur les maladies mentales; personne n'était mieux que lui armé pour cette tâche. Clinicien d'une rare sagacité, il possède des connaissances étendues en psychologie et en anatomie pathologique; s'il a le respect de la tradition, il n'est cependant pas misonéiste; tout en aimant le progrès, il estime qu'il importe de ne pas accepter quand même toute idée nouvelle quelle qu'elle soit, parce qu'elle est nouvelle, et qu'il est de notre devoir de la soumettre à la critique éclairée par l'observation et l'expérience. Ajoutez à cela que, connaissant à fond les principales langues étrangères, il peut puiser dans l'original les théories qui nous viennent soit de l'Angleterre, soit de l'Allemagne ou de l'Italie. Notre savant collaborateur et ami avait donc tout droit d'être plus ambitieux et de doter son pays d'un de ces traités magistraux des maladies mentales qui font époque dans la science. Plus modeste, il s'est borné à nous donner un ouvrage « composé presque uniquement d'observations avec un commentaire, tenant à la fois du manuel et des leçons cliniques et donnant une grande place à la sémiologie ». Et plus loin, complétant son programme: « Je voudrais, ajoute-t-il, en montrant continuellement le malade aussi « vivant » que possible, indiquer, pour ainsi dire du doigt, les signes à rechercher

et à apprécier, et guider ainsi le débutant dans l'art difficile du diagnostic. Et ce, de la façon la plus terre à terre, la plus simple, avec très peu de mots savants, sans chercher le moins du monde à faire de la psychologie pathologique : rien que de la clinique ; mais la plus classique, du moins autant qu'il est en mon pouvoir, celle qui tient compte de tous les signes, ainsi que nos devanciers nous l'ont apprise. »

Ce programme, ainsi exposé, pour modeste et simple qu'il soit, n'en présente pas moins de nombreuses difficultés d'exécution. M. Chaslin les a surmontées à son honneur. Voici le plan suivi par lui. Il divise son ouvrage en cinq parties, plus une introduction.

Cette introduction a pour titre : Premières notions sur les troubles mentaux et classification ; elle comprend deux chapitres. Le premier, nous transportant pour ainsi dire *in medias res*, nous présente, en une série de tableaux tracés à grands traits, mais où rien d'essentiel n'est omis, quelques types cliniques choisis parmi les plus fréquents et les plus démonstratifs. Dans le second chapitre, nous est donnée une classification des troubles mentaux basée sur l'étiologie et qui comprend par suite deux grandes catégories : 1° les troubles mentaux de cause externe ou interne reconnue ; 2° les troubles mentaux de cause inconnue. Le nombre des troubles mentaux de ces deux catégories est considérable ; le tableau qui en est donné occupe trois pages compactes ; mais l'auteur fait observer qu'il nous présente, non une classification des *types cliniques*, mais des troubles mentaux, tout en reconnaissant que certains de ces troubles mentaux « ont par leur allure, leur marche et leur évolution un aspect général qui permet de les élever à la dignité de *types cliniques* ».

La première partie est consacrée à l'étude des signes, à la sémiologie. Toutes les manifestations morbides que peut présenter l'aliéné dans les diverses sphères de sa personnalité sont analysées avec le plus grand soin, et toujours les faits précèdent la théorie. Les malades défilent devant nous, nous racontant eux-mêmes leurs impressions, exposant leurs idées délirantes, leurs joies, leurs haines, entrant dans les moindres détails de leurs sensations ; l'auteur n'intervient que pour résumer le tout et en faire ressortir la valeur sémiologique. On comprend aisément ce qu'un tel procédé d'enseignement par le livre a de réellement vivant et de fructueux.

Vingt-huit chapitres sont consacrés à l'étude et à la descrip-

tion des signes. On reprochera peut-être à l'auteur de ne pas avoir classé ces signes d'une façon plus naturelle, de les avoir présentés un peu au hasard ; mais, en somme, il nous les présente comme ils s'offrent d'ordinaire à notre observation lorsque nous procédons à l'examen d'un malade. N'est-ce pas, en effet, sa mimique émotive qui nous frappe d'abord ? Et n'est-ce pas cette mimique qui nous procure en quelque sorte le fil conducteur de notre examen, de notre interrogatoire ? Tout ce que nous dit M. Chaslin sur ce point essentiel est des plus suggestifs. Puis il passe à l'étude des instincts, des sentiments, des passions et des actes, pour arriver au langage et à la mimique intellectuelle.

Il est impossible, dans un article bibliographique où il faut se borner, de s'arrêter à tous ces chapitres d'une lecture si attachante ; mais il importe de signaler tout particulièrement ceux consacrés aux hallucinations et aux illusions, aux idées délirantes, aux relations des actes avec les idées, les sentiments et les émotions, etc. Si dans tous ces chapitres le médecin aliéniste trouve des renseignements précis et qui frappent, le psychologue y puisera aussi maints sujets de réflexion.

La deuxième partie est consacrée aux malades, à la description des types cliniques. Ainsi qu'on l'a vu plus haut, M. Chaslin classe les nombreuses formes d'aliénation mentale en deux grandes catégories : 1° les troubles mentaux de cause reconnue ; 2° les troubles mentaux de cause inconnue.

Dans le premier groupe rentrent les délires par intoxications ou auto-intoxications, ceux par infections, ceux causés par lésions du système nerveux, tels que la paralysie générale, la syphilis cérébrale, les tumeurs cérébrales, etc., etc.

Si dans ce premier groupe sont étudiés les troubles mentaux dus à des troubles somatiques décelables, dans le second se trouvent les troubles mentaux qui ne sont pas encore rattachés avec certitude à des affections déterminées. Ce sont, d'une part, d'après notre auteur, les *troubles mentaux héréditaires, dégénératifs, constitutionnels* ; ce sont, d'autre part, les psychoses proprement dites : mélancolie, manie, folie maniaque-mélancolique, folies systématisées chroniques, etc. ; ce sont enfin ce que M. Chaslin appelle les *folies discordantes* et dont il fait un groupe provisoire, et enfin les types cliniques d'attente.

En l'état actuel de la science, cette classification, tout artificielle qu'elle soit, a le grand avantage d'être simple. La perfection en ce genre est aujourd'hui impossible, et cette classifi-

cation naturelle des maladies mentales, tant désirée par nos prédécesseurs, paraît reculer dans un devenir de plus en plus lointain.

Dans ses descriptions si vivantes, si consciencieuses des multiples formes de folie, M. Chaslin n'a pas manqué de rencontrer sur son chemin les deux conceptions nosologiques naguère importées d'outre-Rhin, et autour desquelles semble vouloir se cristalliser toute la médecine mentale : la folie maniaque-dépressive et la démence précoce. Il n'a pas cherché à les éviter ; mais, les analysant avec soin, il a montré que ce qu'elles présentaient de nouveau était en somme peu de chose.

En ce qui concerne la première de ces conceptions, la folie maniaque-dépressive, M. Chaslin en parle dans un appendice au chapitre consacré à la folie à double forme, celle-ci, création vraiment française, due au génie clinique de Falret père et de Baillarger. Aux diverses formes que peut prendre cette folie, Kraepelin n'a ajouté que ce qu'il appelle la *forme mixte*, c'est-à-dire un accès à la fois mélancolique et maniaque. « Sauf l'invention de ces cas mixtes, la conception, ajoute notre auteur, ne contient rien de plus que celle de Magnan, qui range dans un même groupe tous les accès intermittents de manie, de mélancolie ou de manie-mélancolie, groupe qui me paraît exister en fait. Mais Kraepelin a suscité des disciples qui pour la plupart l'ont mal lu, si même ils l'ont lu. Croyant suivre leur maître, ils englobent dans « la folie maniaque-dépressive » non seulement les délires d'emblée, mais encore les obsessions, et, mélangeant les deux points de vue étiologique et clinique (contrairement à Kraepelin!), ils finissent par donner à leur folie maniaque-dépressive l'ampleur et la signification de la dégénérescence de Magnan (page 660, en note). »

Sous le nom de *folies discordantes*, M. Chaslin décrit un groupe de maladies mentales qui « ont pour caractère principal commun de présenter une *discordance*, une désharmonie entre les symptômes, ceux-ci paraissant indépendants jusqu'à un certain point les uns des autres, et ce *avant* la démence confirmée ». Dans ce groupe, il fait entrer : l'hébéphrénie, la folie paranoïde délirante (dite démence paranoïde), la folie verbale et la folie motrice ou catatonie ; mais il se refuse à donner à ces quatre types cliniques la dénomination de démence, et surtout de démence précoce. « Ce mot de démence précoce, choisi par Kraepelin, est mauvais, dit-il, car la démence n'arrive le plus souvent qu'au bout de longues années. Le « dément précoce »

est toujours moins dément qu'il ne paraît. Si démence « précoce » veut dire début de l'affection très tôt, c'est encore mauvais, car, en contraste avec les cas qui débutent à huit ans (la démence *précocissime* de S. de Sanctis), il y en a qui débutent tardivement dans l'âge mûr et même la vieillesse, et on a décrit de la « démence précoce tardive », de la catatonie tardive ! On peut, pour revenir au syndrome démence, le voir apparaître réellement très tôt et très accentué chez les jeunes gens ; Morel avait déjà signalé ces cas et on pourrait leur réserver le nom de démence précoce qu'ils méritent ; cela se voit surtout dans l'hébéphrénie, qui serait ainsi la vraie démence précoce, peut-être la seule (p. 830). »

On ne saurait mieux dire ; et il faut espérer que telles sont les idées qui finiront par prévaloir sur cette question tant controversée de la démence précoce. On arrivera bien à lui enlever le sens extensif qu'on lui a donné jusqu'à y faire entrer les folies systématisées hallucinatoires, pour ne lui laisser que son sens primitif, celui qui lui a été donné par Morel.

Dans une troisième partie, M. Chaslin initie ses lecteurs aux multiples difficultés de l'examen de l'aliéné, n'oubliant aucun des procédés en usage pour arriver à se faire une opinion aussi exacte que possible sur le genre de maladie dont il est atteint. Il y a là une cinquantaine de pages que devront lire avec soin et méditer tous les aspirants aliénistes.

Les quatrième et cinquième parties sont consacrées l'une au traitement, l'autre aux formalités légales et administratives concernant les aliénés dans les établissements spéciaux. Toutes deux contiennent des indications générales fort utiles aux débutants, et qu'une pratique journalière complétera peu à peu.

En résumé, ce volume remplit bien le programme que s'est assigné son auteur. C'était un livre à faire ; M. Chaslin l'a fait et on peut dire qu'il l'a très bien fait. J'ai dit, en commençant, qu'il était destiné à rendre service non seulement aux commençants, mais à tous les médecins, spécialisés ou non dans les maladies mentales. Aussi, au lieu de l'épigraphe doctrinale, empruntée à Morel, que l'auteur a mise à son œuvre, j'y inscrirais plus volontiers le célèbre vers latin, composé par un savant historien du XVIII^e siècle, le président Hénault, et qu'il a placé en tête de son *Abrégé chronologique de l'Histoire de France* :

Indocti discant, et ament meminisse periti.

En effet, dans ces *Eléments de sémiologie et de clinique men-*

tales, ceux qui ne savent pas encore apprendront, et d'une façon agréable, ce qu'ils ignorent; ceux, au contraire, qui savent ou ont su, aimeront à ouvrir ce livre pour s'y rafraîchir la mémoire et y retrouver, sous une forme vivante, ce qu'ils avaient oublié.

ANT. RITTI.

Crime et altruisme; par les D^{rs} Ch. Vallon et G. Genil-Perrin. Broch. in-8°. Extr. des *Arch. d'Anthrop. crim. de méd. lég. et de psychol. norm. et path.*, numéros de février et mars 1913.

L'altruisme, c'est-à-dire l'ensemble des penchants bienveillants dérivant de l'instinct de sympathie qui nous portent à jouir du bonheur d'autrui et à souffrir de sa souffrance, peut subir des modifications pathologiques par défaut, inversion ou excès. Or, l'émotion tendre, ou instinct de sympathie, peut parfaitement conduire à la délinquance et la criminalité, et l'altruisme criminel consistera en actes antisociaux déterminés par l'entrée en jeu de l'émotion tendre considérée d'habitude comme le sentiment social par excellence.

Les attentats de beaucoup les plus fréquents provoqués par la perversion des sentiments altruistes sont ceux dirigés contre la propriété. Mais à côté du vol par altruisme, il faut faire place à l'altruisme véritablement criminel. Déjà certains criminels font preuve d'un altruisme que l'on peut parfois qualifier de pathologique; d'autre part, il existe toute une catégorie d'homicides par altruisme commis dans l'intérêt d'un tiers. Nous arrivons enfin au véritable crime altruiste, à l'homicide par altruisme commis dans l'intérêt supposé de la victime. Plusieurs variétés sont à considérer: le meurtre altruiste ou libéricide des mélancoliques, celui des persécutés, celui surtout des mystiques fanatiques. Certaines sectes dont le fondement nous paraît entaché de morbidité vont même dans leurs tendances altruistes jusqu'à prôner l'euthanasie et demander la législation du meurtre destiné à abrégé les souffrances de l'agonisant, ou pratiquer certaines automutilations indirectes dans un but d'ascétisme délirant.

Une dernière catégorie d'attentats, et non certes les moins importants ni les moins intéressants, sont ceux dirigés contre la Société. L'émotion se retrouve fréquemment à leur base et parmi les révolutionnaires, les régicides et les anarchistes, qui

veulent bouleverser l'ordre social, non dans leur propre intérêt, mais dans celui de l'humanité que leurs utopies et leurs chimères conçoivent d'une façon singulièrement pathologique, un certain nombre agissent et tuent par altruisme pur. Rappelons cette parole très juste de Burdeau : « La plus grande majorité des anarchistes appartient à la famille des *assassins philanthropes*. C'est par amour des hommes qu'ils tuent follement ».

Le sentiment altruiste est donc capable d'intervenir dans la détermination psychologique du délit et du crime. Les tendances les plus généreuses peuvent devenir du fait de l'impulsivité de qui les présente l'origine des actes les plus antisociaux.

ROGER DUPOUY.

Les Richelieu et les Condé; par le D^r Cullerre. Broch. in-8°.

Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle, de médecine légale et de psychologie normale et pathologique*, numéro du 15 avril 1912.

L'étude psychologique de la famille du cardinal de Richelieu offre un des plus beaux exemples de la coïncidence, dans une même génération, de la déséquilibration mentale et de la folie; elle montre en même temps le mal psychopathique surgissant soudain au sein d'une lignée jusqu'alors indemne en apparence, s'y fixant et enfin s'y reproduisant, soit sous une forme similaire, soit sous des formes différentes, à travers plusieurs générations successives. C'est ainsi le problème tout entier de l'hérédité psychologique qui se trouve posé.

Richelieu, le cardinal, descend d'une famille ne comportant pas d'aliénés authentiques, mais déjà des originaux de marque, à la frontière du déséquilibre mental. Ce fut une intelligence vaste et puissante, d'une ambition excessive, d'un égoïsme intransigeant, d'une amoralité sans scrupules, d'un orgueil véritablement pathologique. Despote, âpre et dur, fourbe et perfide, cruel et impulsif, il fut encore un obsédé et un cyclothymique aussi prompt à s'exalter qu'à se décourager. Il représente, en résumé, un type superbe de dégénéré supérieur. Nicole de Richelieu, sa sœur, fut, au contraire, une aliénée délirante, une mélancolique chronique hypocondriaque avec syndrome de Cotard; de son mariage avec le marquis de Maillé-Brézé, elle eut deux enfants, dont une fille, Claire-Clémence, princesse de Condé, fut en raison de son caractère insupportable

et de ses écarts de conduite scandaleux, enfermée par lettre de cachet au donjon de Châteauroux, où elle mourut mélancolique chronique et démente. Par elle, la tare psychopathique pénètre dans la famille de Condé. Henri-Jules de Bourbon, duc d'Enghien, puis prince de Condé, notamment, fils de Claire-Clémence, fut lui aussi un mélancolique avec idées de transformation corporelle, idées de négation, etc.; il offre, dit Cullerre, un mémorable exemple de psychose similaire et homochrome se reproduisant dans trois générations successives. D'autres représentants de la famille des Condé témoignèrent d'un état de dégénérescence et de déséquilibre psychique se traduisant par de l'amoralité, de l'homosexualité, de la débilité mentale, etc.

ROGER DUPOUY.

Etude d'un état de mal comitial; traitement; formule leucocytaire; par le D^r H. Damaye. Broch. in-8°. Extrait de l'Echo médical du Nord, numéro du 28 avril 1912.

Pour notre collègue, le chloral est le médicament de l'état de mal, alors que les bromures sont sans efficacité, même à très haute dose. Il préconise son emploi à dose massive (10 gr. par jour en deux fois), dilué de préférence dans du lait (3 à 500 gr.) et introduit dans l'organisme à l'aide de la sonde œsophagienne. Il signale, d'autre part, pendant l'état de mal, l'absence d'éosinophiles et une polynucléose plus ou moins marquée.

ROGER DUPOUY.

Démences précoces et psychoses toxi-infectieuses; par le D^r H. Damaye. Broch. in-8°. Extrait de l'Echo médical du Nord, numéro du 2 juin 1912.

Observation d'une démente précoce typique, décédée de tuberculose pulmonaire cavitaire; début insidieux et chronique d'emblée; aucun phénomène aigu, aucun accident brutal, pas d'ictus. Au point de vue anatomique, on constate: 1° l'absence d'atrophie macroscopique du cerveau, pas de liquide encéphalique ni d'ampliation ventriculaire; 2° l'absence de réaction appréciable de la pie-mère et de l'épendyme; 3° le processus histologique électif décrit par Klippel et Lhermitte: aspect

dégénératif des cellules nerveuses avec abondance de cellules névrogliques, sans lésions vasculaires importantes.

ROGER DUPOUY.

La paresse, causes et traitement; par le professeur Pauchet.
Broch. in-18. Montdidier, s. d.

Sujet d'actualité, dit l'éminent professeur d'Amiens, en notre siècle de vie intense où la paresse est un délit social. Le paresseux est un anormal et souvent un malade. C'est tantôt un enfant épuisé par le travail de la digestion et par des excès physiques, tantôt un insuffisant thyroïdien, tantôt une victime d'un trouble de l'oreille rendant l'attention extrêmement pénible, tantôt un insuffisant respiratoire, un imparfait visuel, un intoxiqué par d'anormales fermentations intestinales, etc. Le traitement physique rationnel de la paresse s'impose donc suivant les cas après entente entre les parents et le médecin d'une part, entre le corps professoral et le corps médical de l'autre.

Mais la paresse n'est pas seulement un mal d'origine physique, elle est souvent provoquée par des causes morales provenant de vices d'éducation, de méthodes d'enseignement défectueuses, de dépenses nerveuses inutiles. Toutes ces causes doivent être combattues suivant les excellentes indications que M. Pauchet fournit généreusement à ses auditeurs.

ROGER DUPOUY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

JULIUS RAECKE. Grundriss der psychiatrischen Diagnostik. 4^e édition augmentée et améliorée. 1 vol. in-8° cartonné, de 191 pages, avec 14 figures dans le texte. Berlin, August Hirschwald, 1913.

R. MONIER-VINARD. Les anesthésies dans l'hémiplégie cérébrale. Rapport présenté au XXIII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France. Session du Puy, août 1913. 44 pages in-8°. Paris, Masson et C^{ie}, 1913.

C. et F. ROUGÉ. Rapport médical de l'asile d'aliénés de Limoux (Aude) pour l'année 1912. 20 pages in-8°. Limoux, imprimerie J.-M. Talamas 1913.

ARSIMOLES et LEGRAND. Cancer métastatique et ostéoplas-tique secondaire à un cancer du sein chez une aliénée. 14 pages in-8°. Extrait de l'*Echo médical du Nord*, 29 juin 1913.

HAURY. Les anormaux et les malades mentaux au régiment. Préface du professeur E. Régis. 1 vol. in-8° de 376 pages. Paris, Masson et C^{ie}, 1913.

Annuaire de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, publié par l'Association amicale des internes et anciens internes. Année 1913. Paris, Vigot frères, 1913.

A. LACASSAGNE. Les transformations du droit pénal et les progrès de la médecine légale de 1810 à 1912. 48 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, 15 mai 1913.

R. MIGNOT. Les rémissions dans la paralysie générale. *La clinique*, numéro du 13 juin 1913.

X. FRANCOU. Quelques desiderata relatifs à l'expertise en matière psychiatrique (avec une observation d'ivresse pathologique). 45 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1912.

DE BLOCK. Contribution à l'étude de l'action du nucléinate de soude en médecine mentale. 6 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*, Bruxelles, 1913.

VICTOR DELFINO. La prohibición en la lucha contra el alcoholismo; sus progressos. *La Semana médica* de Buenos-Aires, numéro du 5 juin 1913.

GIAN LUCA LUCANGELI. Paralysis post tabem. Attenuarsi dei fenomeni somatici con aggravamento di quelli demenziali. 10 pages in-8°. Extrait de *Il Policlinico*, 1913.

PIERRE BONNIER. L'action directe sur les centres nerveux. Centrothérapie. 1 vol. in-8° de 304 pages avec figures dans le texte. Paris, Félix Alcan, 1913.

HENRI PIÉRON. L'année psychologique. Dix-neuvième année. 1 vol. in-8° de 515 pages. Paris, Masson et C^{ie}, 1913.

FIFTY-FIFTH annual Report of the general Board of Commissioners in lunacy for Scotland. 260 pages in-8°. Londres, 1913.

KARL JASPERS. Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Aerzte und Psychologen. 1 vol. in-8° de 338 pages. Berlin, Julius Springer, 1913.

LUCIEN LAGRIFFE. Les troubles du mouvement dans la démence précoce. Rapport présenté au XXIII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session du Puy, août 1913. 95 pages in-8°. Paris, Masson et C^{ie}, 1913.

J.-J. ROUSSEAU. Les rêveries d'un promeneur solitaire. 1 vol. in-12 de 278 pages de la *Petite bibliothèque romantique*. Paris, Fayot et C^{ie}, 1913.

Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

Assemblée générale du 28 avril 1913. 9 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéro de mai 1913.

LUCIEN PICQUÉ. Des indications opératoires chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal. Rapport présenté au XXIII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France. Session du Puy, août 1913. 54 pages in-8°. Paris, Masson et C^{ie}, 1913.

HARRY MARCUSE. Energetische Theorie der Psychosen und der abnormen Bewusstseinszustände. 118 pages in-8° avec figures dans le texte. Berlin, August Hirschwald, 1913.

SAMUEL GARNIER. Étude médico-légale sur le cas d'un époux uxoricide. 39 pages in-8°. Extrait de la *Revue bourguignonne*, Dijon, 1907.

XXII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tunis, 1^{er}-7 avril 1912. Comptes rendus publiés par le D^r Antoine Porot. 1 vol in-8° de 318 pages. Paris, Masson et C^{ie}, 1913.

ALFRED ADLER. Nervenkrankheiten. Individual-psychologische Behandlung der Neurosen. 13 pages in-8°. Extrait du *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*. Munich, 1913.

— Traum und Traumdeutung. 12 pages in 8°. Extrait de l'*Oesterreichische Aersztezeitug*, 1913.

JEAN BAUDÉANT et ARMAND PASTUREL. Étude juridique et psychologique d'une cause criminelle célèbre. Affaire Lafarge. Une réhabilitation qui s'impose. 128 pages in-12. Paris, A. Maloine, 1913.

H. BERNHEIM. L'Hystérie. Définition et conception. Pathogénie. Traitement. 1 vol. in-18 cart. (436 pages), de l'*Encyclopédie scientifique*, publiée sous la direction du D^r Toulouse. Paris, O. Doin et fils, 1913.

OTTO HINRICHSSEN. Unser Verstehen der seelischen Zusammenhänge in der Neurose und Freud's und Adler's Theorien, 25 pages in-8°. Extrait du *Zentralblatt für Psychoanalyse und Psychotherapie*, 1913.

A. BELUGON. Indications comparées des eaux minérales françaises dans les maladies du système nerveux. 11 pages in-8°. Extrait de la *Gazette des eaux*, 1913.

A. LECHA-MARZO. La histologia y las estructuras artificiales, 8 pages in-8°. Extrait de la *Revista clinica de Madrid*, mai 1913.

Fifty-ninth annual report of the Trustees for the Taunton state hospital, for the year ending november 30, 1912, 57 pages in-8°. Boston, 1913.

VOIVENEL. Titres et travaux scientifiques, 197 pages in-8°. Toulouse, G. Mollat, 1913.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 8 août 1913 : Sur la proposition du ministre de l'Intérieur, au titre du contingent spécial créé par la loi du 24 juillet 1913 à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de la fondation de l'institut Pasteur, a été promu au grade d'officier dans l'ordre national de la Légion d'honneur, M. le D^r GILBERT BALLEZ, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; membre de l'Académie de médecine ; chevalier du 4 janvier 1895.

— *Faculté de médecine de Toulouse* : M. le D^r RÉMOND (de Metz), professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Paris* : Sont nommés, pour l'année scolaire 1913-1914, chefs de travaux et de laboratoire, à la clinique des maladies mentales (Sainte-Anne) ; MM. les D^{rs} DREYFUS-ROSE, chef du laboratoire de chimie ; LAIGNEL-LAVASTINE, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; DUMAS, chef du laboratoire de psychologie ; REVAULT D'ALLONNES, chef-adjoint du laboratoire de psychologie, et COURTADE, chef de laboratoire d'électricité et de photographie.

— Arrêté du ministre de l'Intérieur du 26 juillet 1913 : Ont reçu la médaille d'or pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique : M^{lle} MARIE-VIRGINIE OLBRY, sous-surveillante à l'asile clinique de Saint-Anne (Seine). Doyenne des agents gradés du personnel des asiles d'aliénés de la Seine ; quarante-deux ans de services. Belle conduite au cours de diverses épidémies. A refusé des postes avantageux, afin de ne pas quitter ses malades, devenues sa famille. Sa longue carrière poursuivie sans une défaillance offre un admirable exemple de modestie, de zèle éclairé, d'abnégation ;

M^{me} AGLAÉ-JULIE SALMON, religieuse, directrice du quartier des femmes à l'asile d'aliénés de Pont-l'Abbé (Manche) depuis vingt-sept ans. A consacré auparavant vingt-quatre années au service des sourds-muets. Longue existence de dévouement éclairé aux infirmes et aux malades.

VISITE DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE
A LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

Le dimanche 27 juillet 1913, M. le Président de la République, accompagné par le ministre de l'Intérieur, a visité la Maison nationale de Charenton. Après avoir traversé un certain nombre de divisions, il s'est rendu au grand salon de l'établissement où se trouvait réuni le personnel médical et administratif de la Maison nationale, M. Klotz, ministre de l'Intérieur prenant la parole et s'adressant au chef de l'Etat, s'est ainsi exprimé :

« Quand on entre dans une maison de santé au sortir d'un asile de convalescence, on ne peut se défendre d'une certaine angoisse. Là, rayonnait chez les pensionnaires le plaisir de recouvrer la santé après de dures épreuves ; là, tout était bonne humeur et liberté ; on y sentait le frémissement d'hommes impatients et joyeux de reprendre leur vie familiale. Ici, le visiteur se sent ému profondément par le frôlement en quelque sorte mystérieux de tant de misères mentales. Cependant une maison de santé n'est plus aujourd'hui l'asile douloureux à la porte duquel on eût pu graver ces paroles du poète : « O vous qui entrez, laissez toute espérance. » La France est le pays — et c'est une des gloires qui lui sont le plus chères — où pour la première fois par la voix généreuse du grand Pinel, a été proclamée cette vérité scientifique : « Les aliénés sont des « malades qui, à ce titre et comme tous les malades, ont droit à « nos soins affectueux et à notre respect. » Ici les aliénés ne sont pas seulement gardés, mais ils sont soignés, et nombreux heureusement sont ceux qui, lorsque leur mal est pris à temps, recouvrent par la guérison toute la joie de la volonté et toute la fierté de l'action. »

Le ministre de l'Intérieur a fait l'éloge du personnel médical et du personnel infirmier, grâce auxquels la maison de santé de Saint-Maurice jouit d'une considération universelle. Le souvenir d'Esquirol plane sur cette demeure ; il y entretient les plus nobles traditions qui se peuvent résumer en ces deux mots : science et bonté. « Cette devise, dit en terminant M. Klotz, pourrait être la vôtre, monsieur le président ; aussi mes collaborateurs sont-ils heureux de votre visite, et je vous en exprime en leur nom leur profonde gratitude. »

Le président de la République a répondu :

« Messieurs, s'il est une forme du dévouement qui soit particulièrement digne d'admiration, c'est assurément celle que prend dans cette maison de santé le travail quotidien du personnel.

« Une vigilance de tous les instants ; une patience que rien n'aigrit ; des vertus professionnelles qui ne connaissent pas de relâche ; un esprit de sacrifice qui doit sans cesse se renouveler, tout cela exige peut-être plus d'héroïsme, que certains acies de courage sublime, mais rapide, où la volonté humaine se ramasse pour remplir momentanément sa mesure.

« Et pourtant cette persévérance dans l'abnégation est devenue ici, chez les médecins, surveillants, infirmiers et infirmières, une disposition si naturelle qu'ils n'ont même plus à faire effort sur eux-mêmes pour donner tous les jours des exemples de grandeur d'âme, et que leur modestie s'étonne des éloges qu'on leur décerne et qu'elle ne croit jamais avoir suffisamment mérités.

« J'adresse à ce personnel d'élite mes chaleureuses félicitations et l'expression de ma vive gratitude. »

PROJET DE CRÉATION D'UNE SECONDE CHAIRE DE MÉDECINE MENTALE A L'ASILE SAINTE-ANNE

Sur la demande formulée au nom de la cinquième Commission, le Conseil général de la Seine, dans sa séance du 9 juillet 1913, vient d'adopter le projet de délibération suivant :

« Art. 1^{er}. — Il est créé, à partir du 1^{er} janvier 1914, une chaire de psychothérapeutique à l'asile clinique (Sainte-Anne).

« Art. 2. — L'Administration est invitée à inscrire la dépense nécessaire dans le projet de budget de 1914. »

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.

A la Côte d'Ivoire. — M. Angoulvant, lieutenant-gouverneur de la Côte d'Ivoire, qui a pris, ainsi que l'on sait (1), l'initiative d'une lutte vigoureuse contre l'alcoolisme, a publié récemment une nouvelle circulaire dans laquelle il s'attaque à l'abus du vin de palme.

Prenant texte du fait qu'un tirailleur, s'étant enivré avec du vin de palme, avait tiré un coup de feu sur un indigène soudanais de Toumodi, la circulaire enjoint aux autorités de la colonie de mettre fin à la destruction irraisonnée des palmiers, due à la fabrication du vin de palme, et de prendre des mesures préventives contre les crimes dus à l'ivresse.

Le lieutenant-gouverneur recommande en particulier à ses collaborateurs de profiter de toutes leurs palabres pour donner aux indigènes des conseils à cet égard et leur faire comprendre

(1) Voir les *Annales* de janvier 1913, page 121.

qu'il n'est pas dans leur intérêt de détruire leurs palmeraies pour recueillir plus aisément la sève de palme.

D'autre part, il les invite à avertir les indigènes qu'une taxe frappera à l'avenir les fabricants et les marchands de « bangui », poison qui, quelle que soit son origine, a des propriétés enivrantes comme le vin. Cette taxe sera d'ailleurs assez élevée pour ôter à ce commerce tout caractère rémunérateur.

Enfin, les villages seront rendus responsables chaque fois que, par suite de la vente du vin de palme qu'ils auront fabriqué, un indigène aura commis ou tenté de commettre un meurtre sous l'influence du bangui.

La limitation des débits de boisson. Circulaires ministérielles. — On sait que l'article 46 de la loi de finances du 30 juillet dernier [a donné aux préfets, dans l'étendue de leur département, le même droit que l'article 9 de la loi du 17 juillet 1880 a conféré aux maires, de fixer par arrêté autour des écoles, des édifices consacrés aux cultes, établissements publics, etc., un périmètre dans lequel on ne pourra plus ouvrir de nouveaux débits de boissons.

Dès le 2 août, le ministre de l'Intérieur avait adressé aux préfets une circulaire appelant leur attention sur cet article de la loi de finances et leur indiquant la procédure à suivre pour la constitution des dossiers qu'ils doivent soumettre à l'avis des Conseils généraux, avant de prendre les arrêtés prévus par le nouveau texte de loi.

Par une seconde et plus récente circulaire, il leur a signalé « tout le prix qu'il attache à une application aussi prompte et aussi complète que possible de l'article 46 de la loi de finances de juillet dernier », et il les a invités « à le tenir informé des mesures qu'ils auront prises à cet effet ».

Circulaire du préfet du Morbihan aux maires de son département. — M. Alfred Roth, préfet du Morbihan, vient de rappeler à tous les maires de son département les méfaits de l'alcoolisme, et il leur demande de l'aider à lutter contre le fléau en limitant le nombre des débits de boissons.

La loi du 17 juillet 1880 a permis aux maires, les Conseils municipaux entendus, de prendre des arrêtés « pour déterminer, sans préjudice des droits acquis, les distances auxquelles les cafés et débits de boissons ne pourront être établis autour des édifices consacrés à un culte quelconque, des cimetières, des hospices, des écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique ».

Mais, dit le préfet du Morbihan, si certains maires ont usé du droit que leur confère la loi du 17 juillet 1880, d'autres, « peut-être mal informés ou redoutant des difficultés qu'a dû leur faire apparaître une interprétation inexacte de la loi, n'ont

pas encore établi dans leur commune les périmètres à l'intérieur desquels de nouveaux débits ne pourraient plus être créés ».

Et, prenant une initiative dont on ne saurait trop le louer, M. Alfred Roth annonce qu'il est résolu à faire application de la loi de finances du 30 juillet dernier, qui donne pouvoir à l'Administration préfectorale de prendre un arrêté pour toute l'étendue du département, après avis conforme du Conseil général.

« Je me propose, écrit-il aux maires, de soumettre à l'assemblée départementale, à sa session du mois prochain, un projet d'arrêté fixant pour toutes les communes, à une distance d'au moins 100 ou 150 mètres, l'interdiction d'ouvrir de nouveaux débits autour des monuments ou établissements énumérés à la loi de 1880. »

Devant les Conseils généraux. — Le Conseil général de l'Eure a félicité le préfet, M. Armand Bernard, des mesures qu'il a l'intention de prendre pour enrayer le développement de l'alcoolisme, l'a invité à rappeler aux maires du département les dispositions de la loi du 27 juillet 1880 et à faire connaître au Conseil général les résultats de ses démarches auprès des municipalités.

— Le Conseil général du Finistère s'est longuement occupé de l'alcoolisme et des mesures à prendre pour en arrêter le développement. Cette question a une importance considérable dans le Finistère, qui est celui des départements où la natalité est la plus élevée. Le préfet a fait connaître le sens de sa circulaire aux maires à la suite du vote de l'article 46 de la loi de finances du 31 juillet 1913 et des mesures qu'il compte prendre.

Le Conseil général s'est prononcé à l'unanimité pour toutes les mesures législatives qui pourraient restreindre la consommation de l'alcool.

Vœu du Conseil municipal de Saint-Chamond. — Le Conseil municipal de Saint-Chamond a émis le vœu, à propos d'une circulaire de M. Lallemand, préfet de la Loire, « que le législateur arme l'Administration préfectorale ou les tribunaux de pouvoirs assez étendus pour interdire l'exploitation des débits de boissons aux propriétaires d'établissements où des fraudes ou falsifications de boissons auront été constatées, et où des contraventions pour outrages aux mœurs, excitations à la débauche et à la prostitution auront été relevées ».

TRIBUNAUX.

Condamnation à mort d'un double parricide. — La cour d'assises de la Haute-Garonne a jugé hier le misérable qui, le 13 juin 1912, à Aucamville, dans la banlieue de Toulouse, avait

assassiné son père et sa mère en vue de se procurer l'argent nécessaire à ses débauches.

Au cours de l'audience, Louis Albus, l'accusé, est resté presque indifférent à ce qui se passait autour de lui. Sans le moindre accent de repentir ou de douleur, il a fait le récit de la scène sanglante, discutant sur d'infimes détails et se bornant à répéter qu'il ne savait pas ce qu'il faisait au moment du drame. Les médecins aliénistes qui l'ont examiné au point de vue mental, le tiennent pour entièrement responsable.

Le parricide Albus a été condamné à la peine de mort. L'exécution aura lieu sur une des places publiques de Toulouse. (*Le Temps*, numéro du vendredi 25 juillet 1913.)

Un ingénieur coupeur de chevelures. — Un ingénieur diplômé de l'Ecole centrale, âgé de trente-deux ans, portait plainte, le 4 juillet dernier, contre deux fillettes qu'il accusait de lui avoir dérobé des bijoux. Celles-ci reconnurent en effet qu'elles avaient volé le plaignant, mais elles expliquèrent « que c'était pour se venger de lui qui, par surprise, chez lui, leur avait coupé les cheveux à l'une et à l'autre ».

Une perquisition opérée au domicile du plaignant amena la découverte d'un sac en étoffe contenant trente paquets de cheveux de nuances variées.

Aussi, tandis que les deux voleuses étaient hier poursuivies devant la 8^e Chambre correctionnelle, présidée par M. Flory, le coupeur de chevelures était-il inculpé de « violences et voies de fait ».

A l'audience, le prévenu a déclaré : « Je me rends compte que ce goût de collectionner les cheveux est une tare. C'est là un état morbide contre lequel je tâche de réagir, et c'est dans ce but que je fais des études de suggestion. »

Quant au médecin aliéniste qui a examiné l'ingénieur, il conclut en ces termes :

1^o Le prévenu n'est atteint d'aucune maladie mentale. Il présente seulement, à titre d'anomalie psychologique isolée, une tendance élective à la recherche de la chevelure féminine et au prélèvement par sections de mèches et de nattes, qu'il ramasse, dans un collectionnisme systématique et secret. Cette anomalie, qui revêt certains attributs du sadifétichisme, ne possède pas, ainsi que nous l'avons établi plus haut, les caractères essentiels et nécessaires de cette perversion sexuelle ;

2^o Dans ces conditions, l'inculpé ne saurait être considéré comme un malade justiciable de l'internement dans un asile d'aliénés et il peut répondre de ses actes à la justice.

Finalement le tribunal a acquitté l'ingénieur, « attendu qu'il n'est pas démontré que ce soit par ruse ou par violence qu'il ait coupé les chevelures des prévenues ».

Quant à ces dernières, âgées de quinze et seize ans, elles ont été acquittées comme ayant agi sans discernement. (*Le Temps*, numéro du mercredi 13 août 1913.)

Incendiaire reconnu aliéné. — M. Bouchardon, juge d'instruction, avait chargé le D^r de Clérambault d'examiner l'état mental de Duphot, ce journalier qui a été arrêté, il y a dix jours, à six heures du soir, alors qu'il mettait le feu à des chiffons qu'il avait imbibés de pétrole et placés sous l'escalier de sa maison, 10, rue de l'Épée-de-Bois.

Le médecin aliéniste a déclaré Duphot irresponsable; en conséquence, ce dernier va être interné. (*Le Petit Journal*, numéro du vendredi 15 août 1913.)

Vœu du jury de la Seine. — Les jurés de la seconde session de juillet des assises de la Seine ont, avant de se séparer, émis le vœu, qui sera transmis à la chancellerie, que « le Parlement étudie la question de l'internement dans les asiles spéciaux des coupables déclarés irresponsables par des médecins légistes, et acquittés pour cela par le jury ».

BRUTALITÉS DE GARDIENS D'ALIÉNÉS.

Nous avons le regret de relater de nouveaux faits de brutalités commises sur des aliénés par des gardiens.

Ainsi, on mande de Lorient au *Temps* (numéro du dimanche 26 juillet 1913), que le parquet de cette ville s'est rendu à l'asile d'aliénés de Lesvellec pour enquêter sur les conditions dans lesquelles est survenue la mort d'un hospitalisé, nommé Jean Sollic, âgé de cinquante ans.

L'autopsie de celui-ci a, en effet, révélé qu'il portait des traces de coups et avait eu dix côtes fracturées.

Deux gardiens de l'asile, les nommés Kerlant et Lebroc, ont avoué avoir frappé Jean Sollic, la veille du jour qui précéda sa mort. Ils ont raconté qu'ils durent engager une lutte avec l'hospitalisé pour l'empêcher d'arracher ses vêtements et ses draps.

Les deux gardiens ont été mis à la disposition de la justice.

D'autre part, le Tribunal correctionnel de Cosne, dans son audience du 30 juillet 1913, a eu à juger le fait suivant :

Trois infirmiers de l'asile départemental d'aliénés de La Charité comparaissent pour avoir malmené un vieillard de soixante-dix-huit ans, nommé Pinon, atteint de folie furieuse. Ce vieillard, mort dans la nuit du 30 au 31 mai, portait diverses fractures et ecchymoses qui, si elles n'étaient pas la cause directe de la mort de Pinon, qui avait succombé à une pneumonie dite des vieillards, avaient pu y contribuer.

Il a été établi que les trois prévenus étaient responsables des lésions constatées sur Pinon et ils étaient poursuivis sous l'in-

culpation de blessures par imprudence et inobservation des règlements.

Le tribunal les condamne chacun à 100 francs d'amende avec sursis.

FAITS DIVERS

La maison hantée de Kerranborn. — Au village de Kerranborn, commune de Plounéour-Ménez, habite la famille Croguennec, composée de la mère, cinquante-cinq ans, des fils, Bernard, trente ans, et François-Marie, vingt ans, de la fille, Alexandrine, vingt-cinq ans.

Cette famille habite une très grosse ferme; sa fortune s'élève à 16.000 francs de rentes.

Or, depuis plusieurs mois, une véritable terreur, augmentée par la superstition paysanne bretonne, pèse sur le pays.

La ferme est, dit-on, hantée.

Presque toutes les nuits, les membres de la famille Croguennec sont en proie à une peur atroce, tourmentés qu'ils sont par les esprits qui se présentent devant eux sous des formes terrifiantes. De plus, les esprits s'amuse à frapper à coups redoublés dans la cheminée, à traîner des objets lourds sur le parquet, à ouvrir la porte, bien qu'elle ait été soigneusement fermée la veille au soir. Les chevaux se détachent dans l'écurie et se blessent, les vaches mettent bas avec des difficultés inouïes.

Ce sont non seulement les membres de la famille Croguennec qui racontent ces choses, mais les autres habitants qui affirment avoir vu et entendu, de sorte qu'il semblerait que tout le village est pris d'une sorte de folie.

Une tante de la famille Croguennec leur laissa une fortune assez élevée en mourant. Les uns croient que c'est elle qui vient les persécuter parce qu'ils n'ont pas assez fait prier pour son âme; d'après les autres, ils sont victimes d'une sorcière qui leur a jeté un sort, pour se venger de leur peu de générosité.

Quoi qu'il en soit, deux jeunes filles sont devenues folles. Les deux malheureuses ont été internées à l'asile de Morlaix.

Le parquet de Morlaix s'occupe de cette affaire. (*Le Temps*, numéro du vendredi 25 juillet 1913.)

Testament excentrique. — Un retraité du P.-L.-M., M. Silvestre Gédéon, habitant Châteauneuf-du-Rhône (Drôme), s'est pendu à la maîtresse branche d'un acacia qu'il avait planté il y a quelques années. Sur le tronc de l'arbre, il avait apposé une pancarte ainsi rédigée : « Toi, dont j'ai corrigé les jeunes ans, soutiens-moi dans ma vieillesse. »

Dans son testament, le désespéré léguait 100 francs à un menuisier pour faire son cercueil, autant au fossoyeur, autant à

une Société de joueurs de boules pour disputer près de sa tombe un concours de boules. Enfin, il laissait à vingt-quatre de ses amis une certaine somme pour faire un banquet autour de son cercueil en chantant le *Chant du départ*.

Et tout fut fait selon les intentions du singulier testateur. (*Le Temps*, numéro du mercredi 27 août 1913.)

Suicide à la dynamite. — M. Auguste Clément, soixante-quatorze ans, propriétaire aux Riceys (Aube), qui souffrait d'une maladie incurable, s'est suicidé à l'aide d'une bombe de dynamite. On n'a retrouvé que des lambeaux du corps du désespéré. (*Le Temps*, numéro du mardi 26 août 1913.)

La folie d'un romancier. — On télégraphie de New-York au *Petit Journal* (numéro du dimanche 7 septembre 1913) :

M. Frédéric van Rensselaer Dey, l'auteur d'une série de romans policiers connue sous le titre d'*Aventures de Nick Carter*, est devenu la victime de son imagination de romancier.

Sous le coup d'une auto-suggestion, il s'est imaginé être un fonctionnaire supérieur de la police fédérale secrète et il est allé à Denver pour enrôler des agents. C'est au moment où il voulait organiser sa « brigade spéciale » qu'on l'a arrêté.

On l'a transporté dans un asile d'aliénés.

Il avait été déjà une fois interné dans un sanatorium. A cette époque, il croyait être un des héros de ses romans.

Mort d'un ancien député au Reichstag allemand, devenu surveillant à l'asile d'Aix-en-Provence. — Un Alsacien du nom de Bender vient de mourir à l'asile d'aliénés d'Aix-en-Provence, où il était surveillant. Bender eut une existence des plus mouvementées. Il avait fait la campagne de 1870 en qualité de maréchal des logis dans les dragons. Pour des considérations d'ordre personnel, il dut, après la défaite, opter pour la nationalité allemande. Il ne tarda pas à être élu député au Reichstag et siégea au groupe des protestataires. Il protesta tant et si bien qu'il fut exclu de cette Assemblée et expulsé d'Alsace. Ses biens furent vendus, ses propriétés saisies. Dépourvu de toute ressource, il se réfugia en France, où il mena une existence presque misérable. Enfin, il entra à l'asile de Montperrin-d'Aix, où il vient de mourir à l'âge de soixante-dix ans. (*Le Temps*, numéro du vendredi 25 août 1913.)

V^e CONGRÈS INTERNATIONAL POUR L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS.

Moscou, 8-11 Janvier 1914.

Monsieur et cher collègue, j'ai l'honneur de vous annoncer que le comité d'organisation a décidé que le V^e Congrès international pour l'Assistance des aliénés se tiendra à Moscou du 8 au 11 janvier 1914.

Le Comité d'organisation du Congrès espère que vous ne lui refuserez pas votre concours personnel et que vous voudrez bien prendre part au Congrès.

Le ministère des voies et communications a bien voulu faire aux congressistes la concession suivante : de n'importe quelle gare frontière à Moscou et retour voyage en 1^{re} classe avec un billet de 2^e, et voyage de 2^e classe avec un billet de 3^e. Par conséquent, il sera utile de se munir d'une carte de membre du Congrès avant le départ pour Moscou.

Le Comité international permanent, dans sa réunion à Rome sous la présidence de professeur Tamburini, sans porter préjudice aux rapports sur des questions au gré du rapporteur, a établi comme suit le programme officiel du Congrès :

1) Les doctrines de la démence précoce et de la dégénérescence. Rapporteurs : D^{rs} BAGENOFF et A. MARIE;

2) Les services ouverts pour les délirants hors l'asile. Rapporteurs : D^{rs} CARSWELL et VAN DEVENTER;

3) Les méthodes thérapeutiques nouvelles contre la paralysie générale. Rapporteurs : D^{rs} WAGNER von JAUREGG, PILCZ et DONATH.

4) Les dégénérescences alcooliques : Rapporteur : D^r ROUBINOVITCH.

5) Les influences cosmiques dans l'étiologie de certains phénomènes mentaux. Rapporteur : D^r MARIE.

6) Traitement chirurgical de certaines affections mentales. Rapporteurs : D^{rs} DELBET, PERRIOL, POUSSEP.

Les noms des rapporteurs ne sont indiqués que provisoirement.

Le trésorier du Comité d'organisation du Congrès est le D^r BOUNÉIÉFF : Moscou, Asile Préobrajensky.

Toute correspondance au sujet des rapports et communications au Congrès doit être adressée au secrétariat : D^r CETTLINE Krassnoselskaïa, 3, Moscou.

Une exposition psychiatrique sera annexée au Congrès. Veuillez agréer mes salutations confraternelles.

Professeur N. BAGENOFF,

Secrétaire général du comité d'organisation.

P.-S. — Le prix de la cotisation est fixé à 25 francs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le III^e Congrès international de neurologie et de psychiatrie. — Gand, août 1913.

L'année 1913 aura été particulièrement féconde pour la psychiatrie, qui a pu manifester sa vitalité dans les trois Congrès du Puy, de Londres et de Gand. Le Congrès de Gand, dont nous avons assumé la tâche de rendre compte dans les *Annales*, n'a nullement souffert de la concurrence de ses deux prédécesseurs; il a été très brillant tant par l'importance des rapports et des communications et par l'ampleur des discussions que par l'ardeur avec laquelle ont travaillé les congressistes, insoucieux, pendant les séances, des magnificences de l'Exposition. Nous nous laisserions volontiers entraîner à en retracer un tableau étendu, n'étaient les limites qui nous sont assignées. Le lecteur nous excusera certainement si nous ne pouvons réserver à l'analyse des rapports la place habituelle; la faute en est à la richesse des documents.

Le III^e Congrès international de neurologie et de psychiatrie s'est ouvert, dans la matinée du 20 août, à l'Exposition de Gand, dans les salons du Royal-Casino. La séance solennelle d'ouverture était présidée par M. Carton de Wiart, ministre de la Justice, qui avait accepté, avec M. Berryer, ministre de l'Intérieur, la présidence d'honneur du Congrès. Aux côtés du ministre, avaient pris place au bureau les deux présidents du Congrès : le D^r Crocq, bien connu de tous les aliénistes français par sa participation à nos Congrès annuels ; le D^r Glorieux, inspecteur général des asiles et colonies d'aliénés ; les vice-présidents : le professeur Brachet, les D^{rs} Beesau, médecin de l'asile d'Ypres ; Quintens, président de la Société de médecine mentale ; Massant, médecin directeur de la colonie de Lierneux ; Féron, président de la Société belge de neurologie ; les D^{rs} D'Hollander, secrétaire général ; Deroitte, inspecteur-adjoint des asiles et colonies d'aliénés, trésorier ; Boulenger, secrétaire-adjoint ; les D^{rs} Masoin, Famenne, Decroly, secrétaires des séances. De nombreux délégués de divers pays étaient présents. M. Carton de Wiart ouvre la séance en exprimant ses vœux pour le succès du Congrès ; il se déclare préoccupé d'une façon spéciale par les deux problèmes de l'enfance anormale et du patronage des aliénés, et rend hommage aux aliénistes qui ont montré à la société ses obligations en ce qui concerne « la prévention et le soin des maladies mentales ». M. le D^r Glorieux adresse ensuite ses remerciements au Gouvernement belge, aux autorités locales, aux membres du Comité d'organisation et à tous ceux qui ont uni leurs efforts pour assurer la réussite du Congrès.

M. le D^r Crocq inaugure, selon l'usage, la série des travaux scientifiques par un discours sur un important problème de neurologie : « Tonus, réflexes et contrac-

ture ». Précisant ses idées, déjà développées dans des Congrès français, il s'élève contre la théorie médullaire du tonus et des réflexes. S'appuyant sur l'expérimentation et sur les résultats anatomocliniques (lésions destructives de la moelle cervico-dorsale, de l'écorce et du cervelet), il conclut que, si chez la grenouille le tonus est purement médullaire et se fait par les voies courtes, chez l'homme, le centre exclusif du tonus est cortical, et les voies exclusives du tonus sont les voies longues. Les lésions destructives du cervelet, tant expérimentales que cliniques, prouvent que cet organe de l'équilibration ne joue pas un rôle important dans la production du tonus musculaire. La pathologie est d'accord avec ces idées : les lésions destructives de la voie cortico-spinale diminuent ou abolissent le tonus ; au contraire, les lésions irritatives de cette voie provoquent l'hypertonie.

Les réflexes, purement médullaires et suivant des voies courtes chez la grenouille, sont, chez l'homme, médullaires pour les réflexes défensifs, basilaires pour les réflexes tendineux, corticaux pour les réflexes cutanés. Les lésions destructives du cervelet donnent lieu, tant chez les animaux que chez l'homme, à l'exagération des réflexes tendineux avec conservation des réflexes cutanés et défensifs. Ici encore, la pathologie est d'accord avec ces données : les lésions destructives cortico-spinales diminuent ou abolissent les réflexes tendineux ou cutanés, les lésions irritatives de cette voie donnent l'exagération des réflexes tendineux.

La contracture, qui n'est qu'une hypertonie, est due principalement à des lésions irritatives de la voie motrice cortico-spinale en un point quelconque de son trajet, depuis l'écorce cérébrale jusqu'à la périphérie.

Après ce discours, très applaudi, la séance inaugurale s'est terminée par la lecture de la liste des délégués

étrangers et le compte rendu par le secrétaire général de l'organisation du Congrès.

Les congressistes se sont rendus ensuite à l'Hôtel de Ville de Gand, où l'administration communale, représentée par MM. les échevins de Weert et Lampens, MM. de Smedt, conseiller, de Bruycker, secrétaire communal, les a reçus officiellement, leur a souhaité la bienvenue et leur a offert un vin d'honneur.

La séance de l'après-midi, présidée par le professeur Alexandre Pilcz (de Vienne), a été consacrée aux rapports des professeurs *Marinesco* ; *Sachs* (de New-York) ; *Dustin* (de Bruxelles) ; et du D^r *Decroly* (de Bruxelles).

Dans son rapport sur « *La structure colloïdale des cellules nerveuses et ses variations à l'état normal et pathologique* », M. *Marinesco* se demande si les images des cellules nerveuses obtenues au moyen des agents fixateurs, qui altèrent la vraie structure de la cellule nerveuse, correspondent à la réalité. La plupart des substances qui existent dans une cellule (matières albuminoïdes, lipoïdes et hydrocarbonates) sont à l'état colloïdal. Il y a lieu de faire une revision critique de nos connaissances actuelles sur la structure de la cellule nerveuse, et de l'examen de la propriété des colloïdes, à l'aide des données nouvelles fournies par l'ultramicroscopie et par les réactions chromatiques qu'offrent les cellules nerveuses encore vivantes traitées par les différentes matières colorantes.

Le cytoplasma des cellules des ganglions spinaux et sympathiques de tous les mammifères et d'animaux inférieurs contient un nombre plus ou moins considérable de granulations, dont le volume et la densité varient avec l'âge et l'espèce de l'animal, et dont la couleur est en rapport avec leur volume, leur densité et leur constitution chimique. Elles sont visibles sur toutes les cellules encore vivantes, soit à l'ultramicro-

scope, soit à la lumière directe à de forts grossissements. Chez les animaux à sang froid, notamment chez la grenouille, on voit des granulations lumineuses, des granulations pigmentaires et des formes de transition entre ces deux sortes de granulations. Les granulations colloïdales font partie intégrante de la constitution du cytoplasma nerveux, existent probablement à tous les âges et dans toutes les espèces animales, et subissent des modifications parallèles à l'évolution de la cellule.

Le degré de consistance et la viscosité du cytoplasma et du karyoplasma des cellules nerveuses ne peuvent être formulés avec précision, car ils varient avec les différents centres nerveux chez les différents animaux. Par compression des cellules des ganglions spinaux, on constate la plasticité de la cellule, sa tendance à la lobulation ; ces faits, et l'absence de mouvements browniens, montrent que le complexe colloïdal constituant les cellules nerveuses est un milieu très visqueux.

Les granulations colloïdales sont toujours isolées dans les cellules vivantes et ne constituent pas d'agglomérations rappelant les corpuscules de Nissl. On obtient des images identiques à ces corpuscules par l'action précipitante de certaines matières colorantes (acide acétique en solution isotonique, sels de métaux bivalents et tétravalents, solution aqueuse de bleu de méthylène, de rouge neutre, de bleu de toluidine, etc...). Il n'existe pas, dans la cellule nerveuse, de corpuscules de Nissl préformés, et la nature et la fonction des éléments chromatophiles se présentent désormais sous un tout autre aspect. Quant à l'appareil neurofibrillaire, qui ne peut être décelé dans la cellule vivante par les méthodes optiques, plusieurs auteurs ont mis en doute son existence.

L'ultramicroscope et la méthode de coloration intra-

vitale ou supravitale montrent : que l'état colloïdal des cellules du système nerveux central diffère de celui des cellules des ganglions, plus résistantes aux agents nocifs ; qu'il existe une différence essentielle entre l'état colloïdal du cytoplasma et celui du karyoplasma, formé de granulations amicroscopiques ; qu'il y a des différences de constitution physico-chimique et de fonctions entre le cytoplasma et son axone.

Le rapporteur étudie ensuite en détail l'action des diverses substances en solutions isotoniques mises en contact avec les cellules des ganglions spinaux, et les modifications qui se passent dans les cellules nerveuses par suite des changements des granulations colloïdales dans la soi-disant chromatolyse ou tigrolyse, dans l'autolyse, dans la dégénérescence wallérienne et dans la sénescence cellulaire. Parmi les phénomènes en rapport avec la déshydratation et le dégonflement progressifs des cellules nerveuses pendant leur évolution, la formation du pigment, la concentration de la matière argento-phile des neurofibrilles, l'action de l'eau distillée et des agents dissolvants sur les cellules nerveuses, jeunes ou vieilles, sont également décrites dans ce rapport, dont la conclusion générale est la suivante : Toutes les modifications de cellules nerveuses réalisées par tous les éléments constitutifs, et notamment par les granulations colloïdales (gonflement, dissolution, rétraction, précipitation, coagulation, absorption, modification de la tension de surface), que l'on observe dans les divers processus dits vitaux, ne sont que des phénomènes physico-chimiques qui apparaissent chez tous les colloïdes.

Discussion : MM. *Donaggio* ; *Achucarro* (de Madrid).

Dans son rapport ayant pour titre : « *Syphilitic spondylitis and allied conditions* », M. *Sachs* s'attache à établir la relation étiologique pouvant exister entre la

carie vertébrale syphilitique, considérée par les auteurs comme très rare, et la rigidité des muscles du cou associée à des symptômes de syphilis cérébro-spinale. Il rapporte un cas de ce genre avec diagnostic certain affirmé par la radiographie et les effets marqués du salvarsan sur l'affection osseuse, et un deuxième cas de spondylite qu'on pouvait supposer d'origine spécifique. La question se pose de savoir si cette pathogénie n'est pas plus fréquente qu'on ne le croit en général.

Discussion : M. *Hilbers* (de Voorburg).

La parole est donnée ensuite à M. *Dustin* pour l'exposé de son rapport sur la « *Régénération normale et pathologique du système nerveux* », où sont résumés quelques-uns, parmi les plus importants, des problèmes restant à résoudre sur cette question.

La plupart des faits et des théories sur le mécanisme de la régénération normale des éléments nerveux se cristallisent dans ces trois termes : *neurotropisme, odogenèse, neurocladisme*.

1° *Neurotropisme*. — C'est en cherchant à faire la démonstration objective du neurotropisme que le rapporteur, à la suite de ses expériences personnelles utilisant les bandes de Büngner, a été amené à rejeter l'hypothèse de l'attraction chimiotropique : les bandes de Büngner, en effet, n'ont jamais modifié le trajet des fibres en régénération ; greffées dans les centres nerveux, elles n'influencent pas davantage le processus de néoformation des prolongements nerveux.

D'autre part, des expériences de greffe, à l'extrémité d'un nerf sciatique sectionné, soit de fragments nerveux (moelle, cerveau, etc...), soit de tissus indifférents (foie, rate), ont montré que la substance nerveuse peut exercer une influence orientatrice sur les fibres en croissance. Il n'est pas nécessaire de faire intervenir

le neurotropisme pour comprendre le mécanisme de la neurotisation du greffon.

2° *Odogénèse*. — La cicatrisation du système nerveux n'est pas laissée au hasard ; elle organise les voies de moindre résistance, et réalise ce que M. Dustin appelle une *odogénèse*. La cicatrisation précède toujours l'accroissement des cylindraxes et par conséquent la neurotisation. Elle a un double but : réunir entre eux les fragments de tissu nerveux séparés, et, par ce moyen, préparer la régénération. Pour atteindre ce double but, plus on moins parfaitement suivant l'âge de l'animal et les tissus en présence, deux propriétés essentielles doivent entrer en jeu. Le système nerveux doit se souder à lui-même, rapidement, de façon à empêcher l'interposition d'un tissu cicatriciel exogène. Cette propriété, démontrée expérimentalement par le rapporteur, est fortement prépondérante au niveau des nerfs. La réalisation des soudures neuro-neurales se produit grâce à une affinité spéciale des cellules conjonctives du système nerveux, qui s'orientent toujours nettement sur les fragments de tissu nerveux.

La seconde propriété odogénétique consiste en ce fait que la cicatrisation s'opère de façon à laisser des chemins libres aux jeunes cylindraxes, à leur procurer des tuteurs les conduisant dans la direction appropriée, à assurer peut-être leur nutrition.

3° *Neurocladisme*. — Le neurocladisme est la propriété que possèdent les cellules nerveuses et leurs prolongements de former par division ou par bourgeonnement des rameaux nerveux nouveaux ; la fibrillation de l'axone, la formation des appareils de Perroncito, les arborisations de la plaque terminale dans la régénération d'un nerf moteur en sont des exemples. Le neurocladisme est un phénomène général de tout le système nerveux. Les facteurs qui le provoquent sont méca-

niques et histochimiques, ceux-ci dépendant soit de la nutrition générale d'une région du système nerveux, soit de l'activité spéciale de certaines cellules satellites. Ce pouvoir néoformateur, très actif, du neurone doit être, à l'état normal, inhibé, pour ne se déclancher qu'en cas de lésions nécessitant une néoformation nerveuse. Les éléments qui modèrent, régularisent, inhibent même l'activité neurocladique sont surtout les éléments névrogliaux et les cellules satellites en général, comme le prouvent de nombreux faits de régénération pathologique (prolifération des cellules capsulaires des ganglions rachidiens dans la rage ou la sénilité, neurocladisme dans la sclérose en plaques, dans la maladie d'Alzheimer, dans les plaques séniles). Il faut réserver une large place, en pathologie nerveuse, aux phénomènes progressifs, à côté des phénomènes régressifs et de destruction surtout envisagés jusqu'ici. Les recherches qui fixeront les conditions d'éclosion du neurocladisme feront faire un grand pas à l'anatomie pathologique des centres nerveux.

Après une brève discussion à laquelle prennent part MM. *Crocq, Donaggio, Dustin*, on abandonne momentanément le domaine de la neurologie, pour aborder un des problèmes les plus actuels, et non des moindres, de la psychiatrie avec le rapport de M. *Decroly* sur :

« *L'examen mental des enfants anormaux* ». — De cette question, devenue très vaste, M. Decroly ne retient dans son rapport qu'une face : la différenciation des normaux et des anormaux, et considère surtout les enfants.

Dans sa classification personnelle des anormaux, le rapporteur fait une grande place à l'influence du milieu, biologique et humain, sur l'individu. Celui-ci, représenté essentiellement par cette synthèse qu'on appelle le caractère, est formé : du *tempérament*, produit de l'atavisme, de l'hérédité directe, des influences préna-

tales et post-natales, et de la *conscience*, qui correspond aux mécanismes mentaux présidant aux idées et aux sentiments, et influe par eux sur les autres processus dont dépendent la volition et les actes. Ces divers facteurs agissent les uns sur les autres de façon très complexe : le milieu matériel (climat, sol, état atmosphérique, conditions hygiéniques de l'habitation, etc.) agit sur le milieu humain ; le milieu, en général, agit sur les idées et les sentiments par une voie directe, mais aussi par la voie indirecte du tempérament. Deux schémas, — dont l'un figure tous les éléments ci-dessus et leurs interractions, et dont l'autre, qui montre trois groupes fondamentaux de fonctions mentales : sensorielles (impressions), affectives (émotionnelles et sentimentales), motrices (expressives), permet de se représenter un grand nombre de phénomènes mentaux, — suffisent à faire comprendre tous les types d'irréguliers.

Ainsi on peut distinguer les anormaux par influence du milieu des anormaux individuels. Parmi ceux-ci, on peut différencier ceux qui sont atteints dans leur structure (tempérament, fonctions végétatives), et ceux qui le sont dans leur individualité mentale ou neuro-psychique (des insuffisants sensoriels, affectifs, moteurs, vaso-moteurs, d'une part, et d'autre part les insuffisants mentaux et les déments). Les anormaux des fonctions affectives et des fonctions mentales supérieures sont les plus difficiles à classer, d'où la nécessité de moyens d'investigation variés pour apporter un peu de lumière dans chaque cas à traiter, et pour préparer à la longue une classification plus précise et plus utile.

Il importe, en résumé, de s'appuyer sur des bases psycho-sociales pour classer les anormaux, et de ne pas se contenter des seuls signes cliniques, ni surtout des seuls signes anatomiques extérieurs. Ces bases établies, il faut déterminer dans quel groupe se range chaque

sujet, à l'aide d'un examen à la fois physiologique, psychologique et éthologique.

Les tests proposés pour l'examen psychologique sont de trois sortes : 1° Test unique, portant sur une seule manifestation de l'activité intellectuelle ; 2° Méthode des épreuves multiples portant sur toutes les faces de l'activité intellectuelle ; 3° Méthode préconisée par Binet, consistant en une suite de tests portant sur des aptitudes variées et groupées par âge de façon à fixer l'âge mental du sujet.

M. Decroly, après avoir critiqué les différents procédés, se prononce en faveur de ceux de Rossolimo et surtout de Binet. Mais ces méthodes doivent être complétées et remaniées pour devenir vraiment pratiques et utiles. Il faut notamment y ajouter un examen des aptitudes motrices et des tendances affectives. M. Decroly insiste sur une épreuve nouvelle de jugement sans langage, constituée par des séries d'images à ranger dans un ordre logique. Ce test, qui ne nécessite aucune expression verbale, et n'exige pas même la compréhension verbale, semble, d'après les premières recherches effectuées, pouvoir rendre des services précieux.

La discussion très intéressante de ce rapport oppose partisans et adversaires — ceux-ci les plus nombreux — de la méthode psychologique des tests. L'utilité des tests est contestée par MM. *Masoin*, pour qui l'instituteur est mieux renseigné que le médecin sur le niveau intellectuel des enfants ; *Maëre*, qui insiste sur l'importance du côté moral et des troubles somatiques ; *Crocq*, qui attire l'attention sur les différences provenant de la race dans les résultats des tests. M. *Boulenger* estime que le diagnostic clinique est insuffisant chez les anormaux. Les tests, peut-être inutiles dans les asiles, sont très importants au contraire en ce qui concerne les

anormaux pédagogiques. Il faut se garder de tout exclusivisme et éviter de faire prédominer une méthode, soit psychologique, soit clinique, sur l'autre. Pour M. Dupré, l'état affectif de l'enfant (suggestibilité, négativisme, etc.) peut vicier les recherches psychologiques à l'aide des tests. L'examen clinique, seul, fait constater l'existence de la débilité psycho-motrice ; il permet seul de juger la persévérance de l'enfant. Les tests ne servent qu'à l'examen statique ; le dynamisme psychique (temps de réaction, durée, etc.) leur échappe. Il ne faut donc pas attribuer une valeur trop absolue à l'application des tests. M. Régis, rappelant l'œuvre réalisée à Bordeaux pour les enfants anormaux grâce à la collaboration de l'instituteur et du médecin, déclare que cette collaboration est la base essentielle de l'éducation des anormaux. Mais il faut être prudent et ne pas se hâter d'exposer les résultats obtenus : jusqu'ici, cette éducation n'a pas donné, à Bordeaux, tout ce qu'on était en droit d'en attendre ; et l'application des tests n'a pas abouti aux mêmes succès qu'entre les mains de M. Decroly. Les tests de Binet ne sont qu'un des éléments d'appréciation et de mesure, non pas de l'intelligence, mais de l'instruction d'un enfant : ils ne disent pas si cet enfant est un retardé cérébral ; ils ne donnent rien au point de vue moral : car il faut distinguer les anormaux intellectuels des anormaux moraux. L'examen clinique complet de l'enfant anormal est nécessaire, et ne peut être remplacé par rien ; l'examen psychologique n'est qu'un adjuvant de la clinique, et ne peut être érigé en méthode capable de l'exclure ou de la suppléer.

Après une courte réplique de M. Decroly, qui déclare se servir des tests surtout pour guider l'éducateur dans sa tâche quotidienne, la séance est levée.

Le soir, les présidents ont offert aux membres du

Congrès une réception des plus cordiales qui a terminé agréablement cette première journée.

La séance de jeudi matin, ouverte sous la présidence de M. le professeur Régis, est, comme la précédente, consacrée à des rapports. M. Mendelssohn s'étant excusé et n'ayant pas envoyé son rapport, la parole est donnée au D^r Deroitte pour exposer son rapport intitulé : « *Diagnostic et localisation précoces des tumeurs du cerveau* ».

Le D^r Deroitte s'est vu obligé de condenser en quelques pages une documentation qui aurait fait la matière d'un volumineux rapport. Cette concision défie l'analyse, et nous ne pouvons guère que reproduire ses conclusions, en invitant les médecins que la question intéresse à lire le rapport lui-même, suivi d'une importante bibliographie.

Le rapporteur examine, dans une première partie, les symptômes de réaction cérébrale générale et leur valeur pour le diagnostic précoce. Dans un deuxième chapitre, sont étudiés les symptômes de localisation, qui ont d'autant plus de valeur que les symptômes généraux sont plus effacés. Ces symptômes s'associent différemment suivant les régions ; M. Deroitte étudie successivement les syndromes qui caractérisent les tumeurs des diverses zones encéphaliques : lobe frontal, centres corticaux du langage, région sensitivo-motrice et lobe pariétal, lobe temporal, lobe occipital, corps calleux, région des couches optiques et des ganglions de la base, tumeurs de l'hypophyse, tumeurs des tubercules quadrijumeaux et de la glande pinéale, — et insiste d'une façon particulière sur la différenciation des phénomènes de déficit et des signes de lésions irritatives. Voici ses conclusions :

Le diagnostic des tumeurs cérébrales doit se faire en tenant compte des réactions à distance, principalement :

paralytie de l'oculo-moteur externe dans celles du frontal; anosmie dans celles du frontal et même du cervelet; troubles passagers de l'oculo-moteur dans celles du temporal; troubles des nerfs de la base en général.

Les phénomènes de début sont difficiles à préciser; ils varient chez les auteurs d'après le moment plus ou moins précoce où ils ont été observés, et d'après la manière dont les renseignements furent communiqués.

Les faits décrits sous le nom de pseudo-tumeurs cérébrales (Nonne) concernent souvent des méningites séreuses, des méningo-encéphalites, des épendymites, des hydrocéphalies. Des signes de réaction cérébrale grave peuvent se développer rapidement, avec de l'œdème de la papille.

La ponction cérébrale, moyen précieux de diagnostic, est autorisée quand elle est pratiquée avec un trocart mousse et avec certaines précautions élémentaires, mais sous cette réserve qu'elle est du domaine du neurologue et non du chirurgien.

La tumeur cérébrale doit être distinguée de l'abcès, en faveur duquel plaident la lymphocytose sans hypertension du liquide céphalo-rachidien ni papille de stase, l'état fébrile. C'est dans ces cas que la ponction cérébrale sera des plus utiles. En outre, la marche de l'abcès est généralement rapide, et fréquemment le malade présente une autre affection concomitante générale ou locale.

Les troubles psychiques sont fréquents au cours des tumeurs cérébrales; les symptômes de déficit sont les plus importants. La psychose de Korsakoff mérite une mention spéciale. Elle se rencontre, par ordre de fréquence, surtout dans les tumeurs du frontal, puis du temporal, puis des circonvolutions centrales et des ganglions centraux. Il est probable que la tumeur joue ici le rôle déterminant, la localisation étant d'ordre secondaire.

Il n'est pas encore possible de ranger les troubles psychiques parmi les signes de localisation ; on sait qu'ils sont généralement très précoces dans les tumeurs préfrontales.

Parmi les symptômes précoces sont les vomissements et la stase de la papille ; comme localisation, la douleur à la percussio en un point limité.

Les symptômes de début se présentent le plus souvent sous forme d'accès passagers, particulièrement au lobe frontal, au corps calleux, à la couche optique et à la zone sensitivo-motrice.

Les hallucinations auditives plaident en faveur d'un processus irritatif du lobe temporal gauche ; l'aphasie amnésique, d'une tumeur du pariétal gauche.

Les troubles précoces des tumeurs de la glande pinéale se rencontrent principalement dans la musculature des yeux ; parmi ceux des tumeurs du lobe occipital sont : la titubation et l'incertitude de la marche, et la diminution de l'attention pour les impressions optiques.

L'épilepsie jacksonienne avec aura sensible indique une lésion de la circonvolution centrale postérieure ; débutant par des phénomènes d'excitation motrice, elle signifie une atteinte de la centrale antérieure.

Une névrite optique unilatérale indique le plus souvent une tumeur siégeant du même côté.

Discussion : M. *Dide* (de Toulouse) insiste à nouveau sur le syndrome occipital qu'il a décrit et sur sa valeur diagnostique. — M. *Leroy* (de Paris) apporte un cas de tumeur cérébrale à début anormal simulant des troubles ovariens, et ayant présenté comme symptômes des hallucinations et illusions tactiles. — Après une intervention de M. *Haenel*, M. *Dupré* rappelle l'importance de la ponction lombaire pour le diagnostic précoce. — M. *Crocq* : L'hypofonctionnement de l'hypophyse détermine, non pas le nanisme, dont il existe

plusieurs formes avec des étiologies différentes, mais plutôt l'infantilisme. — M. *Sachs*. — M. *Decroly* demande si la paresse, qui est un symptôme précoce de tumeur cérébrale chez les enfants, et dont il a vu un cas, a une valeur localisatrice. — M. *Deroitte* répond que l'apathie n'est pas signalée par les auteurs comme symptôme de localisation, mais seulement comme signe de l'augmentation de pression intracrânienne.

« *Diagnostic et localisation précoces des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure* », par le D^r *Laruelle* (de Bruxelles). — Dans son rapport, M. Laruelle envisage successivement les tumeurs de la protubérance et du bulbe, et les tumeurs du cervelet et de l'angle ponto-cérébelleux.

En ce qui concerne la nature des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, on peut observer : des anévrysmes des artères basilaire, vertébrale, cérébelleuse inférieure ; des tumeurs parasitaires provoquées par le cysticerque affectant surtout les espaces arachnoïdiens et les cavités ventriculaires, ou par l'échinocoque siégeant surtout à l'intérieur de la substance nerveuse ; des tumeurs de nature infectieuse, tuberculeuse ou syphilitique, et des abcès presque toujours d'origine otique ; des tumeurs proprement dites provenant du rocher, des méninges et de leurs vaisseaux, de la substance nerveuse elle-même ou des plexus choroïdes, enfin des nerfs et de leur gaine ; des kystes ou des pseudo-kystes par cloisonnement arachnoïdien. Un grand nombre de ces tumeurs sont de bonne nature. Elle déterminent, avec des signes généraux de compression intracrânienne, des symptômes de compression locale qui se compliquent rapidement d'effets à distance, d'excitation, d'inhibition et de diaschise.

1° *Tumeurs de la protubérance et du bulbe*. — De la diversité de la topographie ou de la dissociation des

symptômes dérivent les divers syndromes bulbo-protrubérantiels. Tous les symptômes du côté des nerfs crâniens peuvent servir à la localisation en hauteur (syndrome du noyau de Deiters; lésions de la calotte décelées précocement par la disparition de certains réflexes des yeux, ou par l'exagération du réflexe masséterin, etc...). Le diagnostic localisateur se tire du groupement des symptômes et de la ponction lombaire, qui révèle, malgré une forte hypertension crânienne, de l'hypotension rachidienne.

Les tumeurs du IV^e ventricule, fréquentes chez l'enfant, ont des symptômes bulbaires et cérébelleux, se compliquent toujours d'hydrocéphalie très précoce, et présentent souvent une grande discordance entre les signes très marqués de compression et les symptômes de localisation.

2° Tumeurs du cervelet et de l'angle ponto-cérébelleux. — Elles sont la grande majorité des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure. Certains signes généraux de compression cérébrale ont une valeur localisatrice : la stase papillaire, précoce, mais qui doit être recherchée ; les troubles psychiques (fatigue, difficulté du travail intellectuel, troubles de mémoire, erreurs de calcul, hyperthymie) ; le vertige, presque pathognomonique par sa constance et son intensité, à caractère rotatoire, qu'il faut distinguer avec soin du trouble de l'équilibration et de la sensation d'instabilité par abolition des voies spino-cérébelleuses.

Les manifestations locales d'ordre moteur ont une valeur variable. L'incoordination cérébelleuse (qui groupe des symptômes décrits antérieurement sous le nom d'ataxie cérébelleuse) est au maximum quand la lésion siège au vermis ; le syndrome cérébelleux est bilatéral dans les lésions du vermis, et homolatéral ou à prédominance unilatérale dans les lésions limitées à

une moitié du cervelet. Suivant les cas, les réflexes sont modifiés diversement (tumeurs expansives). La séméiologie cérébelleuse se signale par un manque fréquent de parallélisme entre les divers ordres de symptômes : incoordination motrice et troubles sensitifs d'une part, troubles des réflexes profonds et troubles du tonus d'autre part. Les attitudes et les mouvements forcés par lésions irritatives du cervelet ont un substratum anatomo-physiologique encore non fixé. Les mouvements choréo-athétosiques des extrémités supérieures entraînent une localisation haute, probablement pédonculaire.

La participation des nerfs craniens, et surtout de l'acoustique, est de toute première valeur localisatrice dans le diagnostic des tumeurs du cervelet et de l'angle. En présence du syndrome vestibulaire, qui peut relever d'une lésion labyrinthique périphérique ou d'une lésion centrale cérébelleuse, le diagnostic est possible à l'aide des épreuves vestibulaires.

Des recherches récentes instituées par Barany tendent à établir des localisations dans diverses régions du cervelet, à l'aide d'épreuves nouvelles : épreuve des mouvements de réaction du corps, qui montre chez les cérébelleux une lésion du centre coordinateur des mouvements de la tête, du tronc et des yeux, siégeant dans le vermis (par inversion de la formule normale : nystagmus provoqué, chute dans le sens opposé); épreuve des mouvements de réaction des extrémités. L'interprétation de ces faits par Barany cadre avec les résultats des travaux de Bolk, van Rynberg, des expériences de Loulié, de Probst, de Rothmann, de Thomas, pour faire admettre une représentation focale de certains groupes musculaires dans le cervelet. D'autre part, Barany affirme l'existence, dans l'écorce cérébelleuse, des centres régulateurs du tonus.

La ponction exploratrice de Neisser-Pollack, dange-

reuse, est un moyen précaire de diagnostic, dont les résultats sont souvent négatifs. Le diagnostic radiologique se restreint à quelques cas spéciaux (tumeurs développées aux dépens du rocher : ostéomes ou endothéliomes).

M. *Crocq* prend la parole après le rapporteur pour déclarer que, selon lui, la connaissance clinique des lésions du cervelet est plus précise que ne le dit M. *Laruelle*. En ce qui concerne les réflexes, ils sont exagérés dans toutes les lésions destructives du cervelet, par suite de la suppression de l'inhibition cérébelleuse. — M. *Bouché* (de Bruxelles) appuie ces observations.

Ensuite vient le rapport du D^r *Sollier* sur « *Les états de régression de la personnalité* », dans lequel notre confrère parisien fait une étude d'ensemble, encore jamais tentée, du phénomène du retour à un état antérieur de la personnalité, auquel il a lui-même donné le nom de régression de la personnalité.

Cet état peut se produire d'une façon spontanée ou provoquée : spontané, il apparaît à la suite de crises convulsives ou délirantes hystériques le plus souvent, ou à l'occasion d'émotions, de traumatismes physiques ou moraux, ou à la suite d'ictus apoplectiformes ; provoqué, il ne survient guère qu'après des crises d'hystérie elles-mêmes provoquées, ou par suggestion en état de veille ou d'hypnose, ou, dans un but thérapeutique, par le réveil des hystériques vigilambules. Le début peut être brusque, et c'est le cas le plus souvent dans la forme spontanée, ou progressif dans la forme provoquée.

Tantôt passagère, tantôt affectant l'alternance entre deux ou plusieurs personnalités qui se remplacent, tantôt, dans un certain nombre de cas, oscillant entre des reculs de plus en plus prononcés et une progression incomplète vers l'époque actuelle, la régression de la

personnalité peut persister très longtemps, et peut-être même toujours (puérilisme démentiel, ou certains cas de personnalités alternantes). Elle peut être totale ou partielle, le sujet mélangeant dans ce dernier cas les impressions de sa personnalité passée et celles de sa personnalité actuelle.

Parmi les formes, très variables, de cette régression, trois principales se détachent : Dans la forme *vigile*, le sujet est atteint de réminiscences très vives et précises, et revit réellement ses souvenirs. Dans la forme *onirique*, ces réminiscences se font la nuit, pendant le sommeil, et reparaissent au réveil sous forme de souvenirs de rêves très nets : on peut observer des régressions qui se font chaque nuit, par périodes, d'une façon régulière, et le sujet ne reparle plus de ses souvenirs dès qu'il a repassé toute la période de son existence sujette à régression. La troisième forme est la régression au cours du sommeil hypnotique : c'est la plus régulière, la plus complète, la plus précise.

La marche de la régression de la personnalité est extrêmement variable ; elle se fait par bonds successifs, ou d'une façon régulière et continue, ou par oscillations (reculs réguliers suivis de progressions régulières vers l'état actuel), ou par alternance.

Le délire écmnésique de Pitres, les cas de personnalité alternante, de dédoublement de la personnalité, de personnalités multiples, certains cas de puérilisme de Dupré, la revision panoramique des mourants sont de véritables états de régression de la personnalité. Il faut, par contre, en distinguer : l'amnésie rétrograde, où la mémoire seule est intéressée, le sujet vivant à l'époque présente ; les réminiscences des obsédés, l'hypermnésie, où il y a reconnaissance des souvenirs, mais non reviviscence du passé ; le puérilisme démentiel, où il y a une mentalité puérile avec régression

imparfaite de la mémoire ; la rétrospection, phénomène décrit par M. Sollier, qui s'observe chez certains persécutés, mélancoliques, obsédés et dans des conversions philosophiques ou religieuses, et qui présente, à côté d'une revision rétrograde rapide de l'existence passée, la conscience de l'état présent et une vraie transformation de la personnalité.

La régression de la personnalité, qui suffit à faire établir le diagnostic d'hystérie, a une réelle valeur thérapeutique et une valeur pronostique variable. Elle montre que la mémoire ne constitue pas toute la personnalité ; au point de vue clinique, elle indique qu'une modification de la personnalité est en train de s'opérer, soit dans le sens du retour à l'état normal, soit pour aboutir à un état nouveau bon ou mauvais. Les états analogues, tels que la revision panoramique et la rétrospection, s'en rapprochent comme mécanisme, ce qui établit des rapports profonds entre l'hystérie et certaines névroses.

L'étude de la régression de la personnalité semble fournir une base de recherche du substratum commun des maladies mentales et de certaines psycho-névroses, qui sont avant tout des maladies de la personnalité.

Discussion : M. Dupré fait observer que dans le puérilisme on n'a pas le droit d'affirmer que le sujet revit telle période de sa propre vie personnelle : il manifeste seulement les émotions, les idées, les attitudes générales correspondant à l'âge auquel il se croit revenu. — M. Decroly cite un cas de régression de la personnalité chez une jeune fille qui, avec accompagnement de céphalée continue et d'aménorrhée, redevint enfant, oublia l'une des deux langues qu'elle connaissait, et fut guérie par la rééducation fonctionnelle. — M. Régis estime que, dans le puérilisme, le délire ecclésiasique, le somnambulisme, etc..., il n'y a pas vraiment régression

de la personnalité, mais seulement oublié momentanément. Le puérilisme démentiel doit être distingué des autres formes de puérilisme. — M. *Crocq* pense que la malade de M. *Decroly* devait avoir conscience de sa nouvelle personnalité d'enfant ; sinon, c'était une hystérique. — M. *Dupré* : Dans les cas de puérilisme, les sujets ont conscience qu'ils sont devenus des enfants. S'il en était autrement, dans le cas qu'on vient de citer, c'est qu'il y avait une dissociation de la personnalité. — M. *Decroly* répond que la malade avait des manifestations d'enfant bien plutôt qu'elle ne se considérait comme une véritable enfant.

La réponse de M. *Sollier* termine la discussion, et la séance est levée.

La séance du soir, présidée par le D^r *Van Deventer* (d'Amsterdam), s'est ouverte par l'exposé, avec projections, du rapport du professeur *Weygandt* (de Hambourg).

« *Débilité mentale et maladies cérébrales avec nanisme* », par le professeur *Weygandt*. — Dans l'Europe centrale, la taille est petite, au-dessous de 155 chez l'homme, 150 chez la femme ; le nanisme est une petite taille plus prononcée. Ayant ainsi défini le nanisme, le rapporteur passe en revue toutes les formes de nanisme, classées selon leur étiologie, et étudie leurs relations avec l'intelligence. Il distingue le nanisme par tuberculose, avec infantilisme possible ; — par rachitisme, où le psychisme n'est pas altéré ; la débilité mentale, quand elle existe chez les nains rachitiques, va de pair avec un développement infantile de tout l'organisme ; — le nanisme par chondrodystrophie ; dans la méromélie existent parfois des troubles mentaux héréditaires ; souvent les achondroplases sont psychiquement normaux, et peuvent être très spirituels (bouffons) ; *Euzière*, *Delmas*, etc., ont cité des cas avec troubles mentaux ;

— le nanisme avec pyrgocéphalie (malformation crânienne), dans lequel la débilité mentale n'est pas la règle, mais peut s'observer.

L'auteur range ensuite sous le nom d'infantilisme toute une série de faits avec hypodéveloppement psychique et physique, soit par troubles des sécrétions internes, soit par troubles trophiques d'origine exotoxique. Ces deux séries de cas à étiologie endogène ou exogène ne peuvent être complètement séparées, parce qu'il y a des formes de passage de l'une à l'autre.

Dans ce groupe se rangent :

L'hypothyroïdisme avec ses trois formes secondaires : le myxœdème sporadique ; le myxœdème thyroïdoprive ; le crétinisme endémique, dans lequel on peut distinguer des cas avec débilité mentale et nanisme très prononcés, et des cas avec taille normale et légère débilité intellectuelle.

L'hypopituitarisme, se subdivisant en : dystrophie adiposo-génitale, qui présente de la débilité mentale avec euphorie et éréthisme psychique, et à laquelle on peut rattacher peut-être l'idiotie polysarcique de Bourneville ; — nanisme avec lésion hypophysaire.

L'arrêt de croissance, avec cachexie, par extirpation du thymus chez le chien ; l'idiotie thymique de Vogt.

Le dysadrénalisme (cas de nanisme de Recklinghausen).

L'infantilisme dystrophique par poisons exogènes (alcool, plomb, mercure, morphine, nicotine, etc.), par maladies infectieuses (tuberculose, syphilis héréditaire, etc.).

Les troubles de croissance dans certaines maladies du système nerveux (cas d'atrophie musculaire progressive de Falta, poliomyélite antérieure chronique), dans certains troubles de l'appareil circulatoire (infantilisme mitral, infantilisme pulmonaire), dans la misère physiologique de l'enfance (infantilisme intestinal de Herter,

cas d'infantilisme avec cirrhose hypertrophique biliaire de Lereboullet, cas d'infantilisme pancréatique de Byrom-Bramwell).

Les anomalies de structure de la face et du crâne (hyperbrachycéphalie, légère microcéphalie) dues à des troubles glandulaires, avec débilité mentale ou imbécillité, euphorie, tendance à l'imitation.

A côté des deux précédents, une troisième catégorie de faits comprend les maladies cérébrales graves pouvant s'accompagner de débilité mentale et de petite taille ou même de nanisme. Telles sont : l'hydrocéphalie, la microcéphalie par encéphalite, la microcéphalie par arrêt de développement foetal primaire, la porencéphalie et la paralysie cérébrale infantile (nanisme diplégique de Bourneville). Dans ces diverses affections, on peut penser à l'influence de troubles hypophysaires par compression de la glande dans l'hydrocéphalie, par lésions inflammatoires dans l'encéphalite, par insuffisance de développement dans la microcéphalie essentielle. L'hypothèse d'une participation de l'hypophyse peut être émise dans le nanisme porencéphalique ou diplégique.

Dans toutes les formes précédentes de petite taille ou de nanisme, tantôt il existe de la débilité mentale, tantôt le psychisme est normal. Par contre, le psychisme est constamment et complètement normal dans les deux derniers groupes étudiés par le rapporteur : nanisme infantile (lilliputiens); nanisme primordial existant dès la naissance, dans lequel la croissance est très lente.

Les causes du nanisme avec débilité mentale sont multiples. Si l'on veut enrayer la dégénérescence de l'espèce humaine, on doit porter un vif intérêt aux cas de petite taille à cause de leur association fréquente avec la débilité mentale.

La séance se continue ensuite par des communications.

Le D^r *Rothfeld* (de Lemberg) montre l'*Influence de lésions expérimentales de la moelle allongée sur les mouvements réactionnels vestibulaires*.

Les lésions du noyau de Deiters provoquent une position anormale des yeux et de la tête, et des mouvements. Il se produit des déficits dans les mouvements réactionnels, principalement après rotation de l'animal en position horizontale de la tête, et, quand la tête est inclinée, des mouvements en hauteur à 90 degrés. Les manifestations spontanées, de même que les mouvements réactionnels, sont indépendantes du nystagmus spontané qui apparaît en même temps.

Le professeur *Donaggio* (de Modène) fait deux communications : 1° *Caractères principaux de la pathologie du réseau neurofibrillaire de la cellule nerveuse chez les mammifères adultes*; 2° *La dégénération initiale des fibres nerveuses du névraxe*.

Discussion : MM. *Achucarro* (de Madrid), *Massaut* (de Lierneux), *D'Hollander* (de Mons).

Les D^{rs} *Philippon* et *Menzerath* (de Bruxelles) parlent de l'*Analyse du phénomène psycho-électrique*. Ils ont repris les recherches de *Féré*, *Tarchanoff*, sur les variations de résistance du corps et les variations du potentiel électrique dérivé entre deux points du corps. En utilisant des excitants sensoriels, le calcul mental, ou le travail d'association en série, ils ont constaté les faits suivants :

En dérivant le courant entre les deux mains complètement immergées dans l'électrode, il se produit toujours un courant tel que la main droite devient positive par rapport à la main gauche.

En dérivant le courant entre deux points asymétriques du corps et inégalement pourvus en glandes

sudoripares (main et coude), la variation de potentiel est telle que la main devient négative par rapport au coude.

Si la dérivation est faite entre deux parties du corps symétriques autres que les deux mains, la réaction est nulle si les régions sont pauvres en glandes (coudes), indéterminée comme sens si elles sont riches en glandes (pieds).

Il y a donc retentissement du travail cérébral se manifestant par un phénomène sécrétoire diffus et par une réaction musculaire localisée au bras droit.

A la suite de cette communication, M. Dupré se demande comment expliquer la différence entre les deux côtés droit et gauche constatée dans ces expériences. Il serait intéressant, en outre, d'étudier le phénomène chez les gauchers. — M. Decroly demande si, étant donné que la prédominance du côté droit est attribuée à la supériorité du cerveau gauche, les auteurs ont observé également le phénomène dans le membre inférieur droit? Il croit intéressant, en outre, de suivre le développement du phénomène chez l'enfant en évolution, afin de chercher d'une part, chez les droitiers, ce que devient la variation à mesure que s'affirme la droïterie, et d'étudier d'autre part, ce qui se passe chez le gaucher non éduqué et chez le gaucher éduqué.

M. Menzerath ajoute quelques réflexions au point de vue psychologique. La réaction psychogalvanique n'est nullement, comme certains auteurs l'ont cru, spécifique d'une émotion « complexielle » : difficulté du calcul et émotion provoquent une réaction identique. En présence d'une réaction, il est impossible d'en indiquer l'origine objective. La méthode introspective doit donc s'ajouter à l'expérimentation. La psychoanalyse ne pourra jamais utiliser ces « symptômes complexiels », car elle est soumise à la bonne volonté du sujet. Le

diagnostic judiciaire seul pourra en tirer un certain parti.

La séance s'achève sur cette discussion, et les congressistes se donnent rendez-vous pour le soir à la Vieille-Flandre, où, sous l'abri d'une galerie d'hôtel reconstitué du XVI^e siècle, ils se délassent pendant quelques heures dans des causeries remplies d'entrain.

La séance du vendredi matin 22 août a été occupée, sous la présidence du D^r Shuttleworth (de Lancaster), par l'exposé des rapports du professeur *Alex. Pilex* (de Vienne) et des D^{rs} *Sérieux* et *Libert* (de Paris).

« *Über die Behandlung der Paralysis progressiva* », par le professeur *Pilex*. — Le pessimisme thérapeutique à l'égard de la paralysie générale n'est plus justifié. Cette maladie peut être influencée dans sa marche par le traitement, qui produit des rémissions plus profondes, plus durables et plus fréquentes que les rémissions spontanées, et qui provoque des rémissions même dans les formes cliniques qui n'offrent aucune tendance à l'amélioration ni aucune tendance à subir un arrêt dans leur marche fatalement progressive (notamment la forme démentielle simple). Les méthodes thérapeutiques susceptibles de déterminer des rémissions sont les suivantes : Traitement antisyphilitique combiné avec la provocation d'une fièvre artificielle, c'est-à-dire d'une hyperleucocytose ;

 Injections sous-cutanées de toxines bactériennes (Alt-Tuberculine de Koch ou vaccin staphylococcique) ;

 Injections de nucléinate de soude.

Le salvarsan, employé isolément dans la paralysie générale, paraît inefficace, et même dangereux dans la forme avec ictus et dans les cas avancés. Il est contre-indiqué.

En employant les traitements ci-dessus d'une façon précoce, on aura d'autant plus de chances de succès ;

cependant, même dans les cas avancés, il n'est pas rare d'obtenir une certaine amélioration, et notamment un arrêt du processus morbide.

Le rapporteur a utilisé le traitement mercuriel combiné avec la tuberculinothérapie suivant la technique suivante : injection mercurielle alternant avec, le lendemain, une injection de tuberculine. Les jours d'injection de tuberculine, prise de la température toutes les trois heures. La dose primitive de tuberculine varie de 0,005 à 0,01 ; la dose de l'injection suivante est doublée s'il n'y a pas eu de fièvre. Si la température a atteint 37°5, on donne une fois et demie la dose précédente ; si le thermomètre monte à 38 degrés, la dose suivante est 4/5 de la précédente. On s'efforce d'obtenir de douze à dix-huit fois la réaction fébrile, sans jamais dépasser 1 gramme de tuberculine pure.

Sur 86 cas traités en 1908-09 (dont les résultats ont été publiés en 1911), le rapporteur a eu : 39,44 p. 100 d'insuccès ; 10,44 p. 100 d'améliorations permettant le retour à la vie familiale ; 26,68 p. 100 de retour complet de la capacité professionnelle. En mai 1913, 21 de ces malades étaient vivants : 7 avaient gardé leur activité professionnelle, 4 vivaient hors de l'asile. Sur les 7 cas en rémission complète, la rémission a duré : cinq ans dans 1 cas, quatre ans dans 5 cas, trois ans dans 1 cas. Dans les cas favorables, les troubles de la parole peuvent disparaître ; la régression du signe d'Argyll a été vue quelquefois. Il n'y a aucun parallélisme entre les états cliniques et le Wassermann dans le sang.

L'appréciation de la méthode dépend moins des pourcentages que de la valeur des rémissions. On ne peut parler de guérison complète de la paralysie générale, mais seulement de rémissions, c'est-à-dire de guérison au sens pratique du terme. D'autre part, le danger d'éveiller une tuberculose latente par les injections de

tuberculine est pratiquement nul, et facilement évitable si l'on élimine les sujets suspects, ou si l'on commence chez ceux-ci par des doses plus faibles. La tuberculose est du reste plus rare dans la paralysie générale que dans les autres psychoses.

Comment agit la « Fieberthérapie? » peut-être en altérant la force de résistance des spirochètes, ou en mettant obstacle à leur développement, comme cela arrive dans certaines affections septiques (Neisser)? Peut-être, selon l'opinion de Fischer, par la leucocytose concomitante? Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, cette thérapeutique encore empirique appelle de nouvelles recherches.

Il semble rationnel, pour les prémunir contre une paralysie générale ultérieure, de soumettre les syphilitiques récemment infectés, avec lymphocytose intense révélant de l'irritation méningée, à un traitement anti-syphilitique énergique et prolongé associé avec la « Fieberthérapie ».

Sur ce rapport s'engage une discussion à laquelle prennent part MM. *de Halban* (de Léopol), *Marcus* (de Stockholm), *Haenel* (de Dresde), *Dupré*, *Briand* (de Paris), *Rouby* (d'Alger), *Dauwe*, *Maëre* (de Gand), *Régis*, *Bumke*. Cette discussion, dont nous ne pouvons que donner un court résumé, fait ressortir l'insuccès constant du traitement mercuriel (*Dupré*, *Rouby*), les effets souvent favorables des processus suppuratifs spontanés, constatés par MM. *Dupré*, *Haenel*, *Rouby*, et l'inefficacité fréquente des suppurations provoquées (*Rouby*, *Maëre*). M. *Briand* rappelle que *Baillarger*, en appliquant des sétons, a eu plus d'insuccès que d'améliorations, et que *Magnan* n'a obtenu aucun résultat en entretenant des suppurations.

M. *Dupré* voit la cause de l'immunité relative des races jaune et noire contre la paralysie générale et le

tabes dans la fréquence des processus suppuratifs et ulcéreux dans la syphilis de ces deux races. M. Régis se rattache à la formule étiologique bien connue de Krafft-Ebing relative à la paralysie générale : syphilisation, civilisation, et la confirme en suivant les variations de fréquence de la paralysie générale dans les diverses conditions d'existence. Si cette affection est rare chez certains peuples syphilités (Arabes), c'est qu'ils ne possèdent pas une civilisation suffisante.

En ce qui concerne le traitement antisiphilitique, M. Briand pense que, s'il donne parfois des résultats positifs, c'est que l'on a affaire à un syndrome paralytique, et non à la paralysie générale vraie.

Après une courte réplique du rapporteur, le président donne la parole à M. Libert.

« *Les psychoses interprétatives aiguës symptomatiques* », par les D^{rs} *Sérieux et Libert* (de Paris). — Le symptôme interprétation, qu'il importe de distinguer avec soin de l'hallucination, tient une place importante en pathologie mentale. Les psychoses interprétatives symptomatiques n'ont fait jusqu'ici l'objet d'aucun travail d'ensemble. Les rapporteurs mettent en lumière leur physionomie clinique et leur valeur séméiologique, comme cela a été fait pour le délire d'interprétation.

L'interprétation délirante n'est que la déviation morbide de l'*interprétation erronée*, qui est surtout nette dans les états émotionnels ou passionnels (timidité, peur, amour, jalousie), qui peut s'observer aussi par la vie en commun avec un interpréteur. Dans les états passionnels, les interprétations nous conduisent aux confins du pathologique : il est malaisé de distinguer, par exemple, la jalousie-passion de la jalousie-délire. A côté de ces faits, on peut ranger les interprétations des états d'âme, les rêves.

Ces états, en quelque sorte physiologiques, se dis-

tingent des psychoses interprétatives symptomatiques, dans lesquelles on peut établir deux catégories :

1° *Interprétations épisodiques*, accidentelles, fugaces et mobiles, qui n'influencent pas sensiblement la physionomie de la psychose au cours de laquelle elles surviennent. On les rencontre dans les psychoses infectieuses, les délires toxiques et par auto-intoxication (urémie, intoxication oxy-carbonée, alcoélisme), comme reliquat d'un accès de confusion mentale, ou coexistant avec l'accès quand l'obnubilation intellectuelle est légère. Dans l'alcoolisme, les interprétations portent sur des idées de jalousie ou de persécution, ou sur l'amnésie rétrograde consécutive à l'accès. On les voit également chez les épileptiques et les hystériques.

Des interprétations épisodiques sont produites par l'affaiblissement intellectuel dans les démences (sénile, organique, paralytique, précoce). La démence précoce peut débiter par une bouffée délirante interprétative; dans les formes hébéphréno-catafôniques, on ne rencontre en général que des interprétations épisodiques.

Les interprétations dépendent d'un état affectif dans la mélancolie, la folie intermittente, la folie des dégénérés, le délire de revendication, le délire d'imagination, la psychasthénie ;

2° *Syndrome interprétatif symptomatique*, qui donne aux psychoses un aspect si particulier que le diagnostic se pose avec le délire d'interprétation (psychoses interprétatives aiguës proprement dites). L'éclipse du sens critique est due alors soit à un état affectif, soit à un état de confusion, soit à l'affaiblissement intellectuel.

Les interprétations délirantes sont fréquentes dans la folie intermittente, à l'exclusion de tout trouble sensoriel. Dépendant de l'état émotionnel dans la phase dépressive, elles contribuent à l'exalter, et suivent une marche parallèle au trouble affectif fondamental. Un

délire interprétatif peut naître dans la mélancolie d'involution.

Le délire de préjudice présénile est basé souvent sur des interprétations fausses, endogènes (idées hypocondriaques) et exogènes (idées de préjudice et délire d'infidélité conjugale).

Certains délires d'emblée et délires polymorphes des dégénérés reposent presque uniquement sur des interprétations, et simulent à s'y méprendre le délire d'interprétation : ce sont les psychoses interprétatives aiguës des dégénérés, que certains auteurs considèrent comme une forme aiguë et curable du délire d'interprétation, tandis que d'autres les rangent dans la folie maniaque-dépressive.

Au début de la démence paranoïde, peut exister un état interprétatif dont le diagnostic est difficile. Perte des sentiments affectifs, conscience de leur état chez certains malades, sont des signes de grande valeur.

Le délire de jalousie de l'alcoolisme chronique est le type de la psychose interprétative symptomatique.

Le syndrome interprétatif est très rare dans la paralysie générale.

Chez les épileptiques, on a décrit une psychose interprétative aiguë (Libert).

Les signes caractéristiques de chacune des psychoses envisagées permettront le plus souvent de faire le diagnostic.

Ces syndromes interprétatifs, plus ou moins durables, parfois à éclipse, se terminent le plus souvent par la guérison, et ne sont qu'une complication au cours de l'évolution de la plupart des maladies mentales.

Ce rapport donne lieu à une discussion entre MM. *Dupré*, *Deny* (de Paris), *Paris* (de Nancy), *Briand*. M. *Dupré* : Le délire d'interprétation n'est qu'une forme, la plus caractéristique, de la phase d'interprétation des délires

chroniques; comme les délires d'interprétation, les délires d'imagination représentent, dans leur forme pure réalisée dans les cas chroniques, la manifestation la plus accusée de la constitution paranoïaque. Cette tendance paranoïaque congénitale s'exprime par trois mécanismes intellectuels : hallucinatoire, interprétatif (processus paralogique), imaginatif (processus intuitif). Il s'agit là non d'entités morbides, mais de processus psychologiques intervenant dans la genèse des délires comme de simples mécanismes d'idéation. — M. *Deny* : l'interprétation ne joue qu'un rôle secondaire dans le délire. Dans la paranoïa, la déviation affective est le fait primordial, essentiel, et non la déviation de la pensée. Il faut abandonner le terme de paranoïa. — M. *Briand* pense également que l'interprétation n'est pas le phénomène essentiel : chez certains interpréteurs, qui sont vraiment des malades, il y a des faits exacts à la base de leur délire. — M. *Dupré* accorde que la constitution paranoïaque est d'origine affective, mais croit utile de conserver le mot de paranoïa. — M. *Paris* : Le syndrome interprétatif doit sa valeur pronostique à ce fait qu'il prouve la tare héréditaire. Il y a un lien étroit entre les psychoses interprétatives et les psychoses des dégénérés.

A cette discussion se rattache la communication de MM. *Dupré* et *Logre* sur les *Psychoses imaginatives aiguës*.

Dans les délires d'imagination, en dehors de la forme essentielle et chronique, ces auteurs décrivent des formes aiguës et subaiguës, intéressantes par le polymorphisme de leurs causes, de leurs symptômes et de leur évolution. On peut les diviser en symptomatiques et essentielles.

Les délires d'imagination aigus symptomatiques se subdivisent en deux variétés : l'une dans laquelle l'élé-

ment imaginatif apparaît au second plan, au milieu d'un tableau clinique bien défini (paralysie générale, démence sénile, accès maniaques, états toxiques, etc.); l'autre, dans laquelle le délire imaginatif domine la scène clinique et masque, au premier abord, les autres éléments de l'affection principale. Dans ce dernier cas, le délire imaginatif aigu est au premier plan et s'observe surtout au cours ou à la suite de certaines formes de confusion mentale toxique, au cours des démences, principalement chez les paralytiques généraux, enfin et surtout dans l'hypomanie, où l'expansion de la personnalité peut se manifester par une excitation presque uniquement intellectuelle, à forme imaginative. Le délire imaginatif réapparaît parfois avec le même thème, au cours des accès ultérieurs, dans la manie intermittente.

Les délires d'imagination aigus essentiels éclatent comme des manifestations paroxystiques de la constitution mythomanaïque, sensibilisée par les moments étiologiques les plus divers et parfois les plus insignifiants.

Les caractères généraux des délires imaginatifs aigus sont : la brusquerie du début, parfois l'instantanéité de l'édification du thème délirant, l'absurdité ordinaire des conceptions morbides, l'explosion de la psychose par un processus intuitif de révélation, d'inspiration ; l'expression symptomatique par voie de fabulation, souvent extemporanée, où se décèlent à la fois l'inventivité et la suggestibilité, le mensonge et la crédulité des malades. Le thème romanesque, presque toujours ambitieux, est le plus souvent d'ordre érotique, macabre, policier. Les accidents hystériques intercurrents révèlent la mythomanie corporelle (simulation des syndromes) surajoutée à la mythomanie psychique (fictions délirantes).

Les délires d'imagination aigus, qui correspondent à une partie des bouffées délirantes de l'École de Magnan, ne représentent qu'un syndrome, toujours greffé sur un fond constitutionnel de mythomanie, mais d'étiologie occasionnelle très variée, et dans la genèse duquel le processus imaginatif n'intervient que comme un simple mécanisme d'idéation.

La séance se termine par une communication de MM. Dupré et Marmier sur un cas très intéressant de *délire d'imagination à éclipse*.

L'après-midi, les congressistes ont visité les curiosités de l'antique cité flamande et ses principaux monuments historiques. Sous la direction autorisée de M. le chanoine Van den Gheyn, président de la Société royale d'archéologie, ils ont admiré la cathédrale Saint-Bavon et le célèbre tableau de l'Agneau mystique des frères Van Eyck; puis ils ont parcouru toutes les salles de l'imposant château des comtes de Flandre. Se conformant rigoureusement au programme avec un zèle que la chaleur faisait méritoire, ils se sont ensuite rendus à l'Exposition, dont le directeur général, M. Casier, leur a montré, avec une obligeante bonne grâce, les richesses artistiques rassemblées dans le pavillon de « l'Art ancien dans les Flandres ».

Après ces quelques heures de tourisme, les membres du Congrès se sont réunis au pied de la statue de Guislain. Le D^r Glorieux, en déposant une palme sur le socle du monument, prononce quelques paroles en l'honneur du grand aliéniste belge, à qui les membres du III^e Congrès international de neurologie et de psychiatrie se devaient à eux-mêmes de rendre un hommage de respectueuse reconnaissance, et donne la parole au professeur Régis, président de la délégation française qui prononce l'allocution suivante très applaudie :

« C'est par la plus heureuse des coïncidences que la

ville de Gand, siège de la magnifique exposition internationale et universelle que nous venons d'admirer, se trouve être en même temps le berceau de la psychiatrie belge.

« Un Congrès de neuro-psychiatrie ne pouvait, dans ces conditions, tenir ses assises dans la vieille cité des Flandres sans rendre un solennel hommage au grand aliéniste gantois, à Joseph Guislain

« Nous sommes infiniment reconnaissants aux organisateurs belges du Congrès de l'avoir si bien compris et d'avoir eu la bonne pensée d'associer leurs collègues étrangers à cet acte de pieuse commémoration à l'égard de leur illustre précurseur.

« Pour nous, Français, c'est avec une joie d'autant plus grande que nous prenons part à cette touchante manifestation, que Guislain est, pour ainsi dire, un de nos pères psychiatriques et que nous assimilons volontiers ses merveilleuses descriptions cliniques, dans leur perfection picturale, à celles, éternellement vivantes, d'Esquirol.

« J'ai comparé les œuvres nosographiques de Guislain à des œuvres de peinture. La comparaison est exacte, car à cette époque la science aliéniste, pour établir et fixer les types morbides, procédait nécessairement par portraits et par tableaux, comme aujourd'hui, après ce travail préalable d'analyse, elle s'essaie aux grands classements et aux vastes synthèses. Or, parmi tous ces artistes de la période descriptive de la psychiatrie, nul n'a mieux manié le crayon et le pinceau que Guislain et je ne suis pas surpris d'apprendre, aujourd'hui même, qu'il s'était fait remarquer, dès son jeune âge, par ses aptitudes au dessin et à l'architecture.

« Si je ne craignais de pousser trop loin le rapprochement et de forcer l'image, je dirais qu'on retrouve dans les pages du « Traité » et des « Leçons orales sur les

phrénopathies » de Guislain, quelque chose du fini de vos grands peintres flamands. Comme les Van Eyck et les Memling, on peut regarder les tableaux de Guislain à la loupe ; la perfection s'y poursuit également jusque dans les plus petits détails, inaccessibles, en quelque sorte, à l'œil nu.

« Mais Guislain n'a pas été qu'un clinicien, un peintre incomparable d'états phrénopathiques. Comme les grands aliénistes du début du XIX^e siècle, il fut aussi un philanthrope et ce n'est pas ici que j'ai à rappeler que son premier mémoire de 1825 sur l'aliénation mentale et les hospices d'aliénés, couronné par la Commission de surveillance pour la Nord-Hollande à Amsterdam, constituait un chaleureux et éloquent plaidoyer en faveur de la réforme des asiles d'aliénés et de leur régime médical.

« Gand a élevé, il y a vingt-six ans, une statue à Guislain, comme la France l'a fait à Pinel et à Esquirol. Félicitons, messieurs, cette cité, d'avoir rendu un si éclatant hommage à cet homme de bien, à ce savant, et inclinons-nous devant cette effigie de l'illustre fondateur de la médecine mentale belge, qui fut aussi l'un des plus célèbres psychiatres du siècle écoulé. »

Samedi 23. — Le D^r Greidenberg (de Kharkow), qui préside, ouvre la séance du matin dans une salle de l'asile « Le Strop ».

Le professeur *Moreira* (de Rio-de-Janeiro), présente des *Notes sur quelques maladies nerveuses et mentales au Brésil*. Dans les zones tropicales du nord du Brésil, il n'existe ni chez les indigènes, ni chez les Européens, aucun syndrome clinique étranger à la psychiatrie des autres climats, à l'exception d'une nouvelle trypanosomiase avec syndromes nerveux très remarquables (maladie de Chagas), dont on a trouvé de nombreux cas dans une zone inculte de l'intérieur du pays. Il n'y

a aucun rapport entre la proportion de la folie dans les grandes villes ou les diverses régions du Brésil et les maxima thermiques de ces villes ou les composantes climatiques. Les influences météorologiques ou saisonnières sur l'aliénation mentale, l'influence des tropiques sur le système nerveux des sujets provenant de pays froids, sont très variables suivant les individus, suivant leurs conditions d'existence et l'organisation de leur système nerveux. L'auteur n'a jamais observé de psychoses analogues à la soudanite, au cafard, etc., qui atteignent des dégénérés communs par suite de leur hygiène défectueuse. Le tabes, la paralysie générale et autres localisations encéphalo-médullaires de la syphilis augmentent de fréquence dans les grands centres. La fréquence et la symptomatologie des psychoses ne sont influencées ni par les climats, ni par la race.

Discussion : MM. *Pilcz* ; *Van Brero* (de La Haye).

Le professeur Régis trace l'*Esquisse d'une psychiatrie coloniale*. Les maladies exotiques, d'étiologie infectieuse et toxique, présentent très fréquemment des troubles psychiques, à caractère de confusion mentale avec délire onirique et symptômes très accusés, et dont le pronostic doit se faire le bocal d'urine à la main. A côté de ces psychoses coloniales proprement dites, il est intéressant de savoir ce que deviennent les psychoses communes dans les colonies : M. Moreira a parlé de sujets acclimatés. Mais il n'est pas indifférent, par exemple, pour un Européen, de contracter la syphilis en Europe ou aux colonies.

L'assistance psychiatrique, aux colonies, doit être préventive (prophylaxie des maladies exotiques, lutte contre l'alcoolisme), hospitalière (s'adressant fondamentalement aux indigènes, elle doit être faite sur place et rejeter le système asilaire), médico-légale.

Un échange de vues a lieu ensuite entre MM. *Deroitte*,

Crocq, Moreira, Arsimoles, Dauwe, Van Brero, Berry, à propos d'un cas de psychose chez un paludéen cité par M. Déroitte.

On visite ensuite l'asile d'aliénés « Le Strop » sous la conduite du directeur, le R. P. Amédée, supérieur des Frères de la charité, et du D^r Maëre, médecin en chef de l'asile, puis l'Institut Saint-Joseph pour enfants anormaux, qui est annexé à l'asile, mais possède une organisation autonome. Cet Institut, qui contient 275 enfants placés par l'Etat, les communes et les parents, réunit toutes les modalités de l'assistance aux anormaux : alitement pour les anormaux les plus profonds, classes spéciales suivies par les deux tiers des assistés, ateliers divers, etc.

Le D^r Maëre, dans une communication sur *Les anormaux profonds*, expose la méthode employée pour l'enseignement médico-pédagogique, qui est la méthode frœbelienne polysensorielle combinée avec les exercices rythmiques, le fonctionnement de l'Institut et les résultats obtenus à l'aide de la patience des éducateurs, et déclare ces résultats encourageants : les idiots peuvent être élevés d'un échelon dans l'échelle psychométrique, les imbéciles sont améliorés dans les sphères morale et intellectuelle, et les arriérés sont rendus à la société. 25 p. 100 des enfants sont sortis de l'établissement améliorés ou guéris et pourvus d'un métier, ou 15 p. 100 si l'on y comprend la population encore internée ; 42 p. 100 ont été transférés dans des asiles et l'on compte 33 p. 100 de décès.

Cette communication est complétée par une conférence du directeur de l'école, qui montre les différents tests, très nombreux, et les instruments servant à apprécier l'état intellectuel des élèves et à les éduquer en même temps en s'adressant à leurs sens, et qui présente les fiches individuelles des élèves, très détaillées, sur-

lesquelles est en quelque sorte photographié leur état psychique et physique au moment de l'entrée et à mesure des progrès réalisés. Une séance de mouvements rythmiques d'ensemble exécutés par deux groupes d'anormaux rend tangibles les résultats obtenus dans ce sens.

C'est avec regret que, l'heure pressant, les membres du Congrès voient finir cette très intéressante démonstration pratique d'enseignement médico-pédagogique. Après la photographie d'usage, ils se hâtent vers un déjeuner confortable gracieusement offert par la direction de l'établissement. Au dessert, M. Crocq fait l'éloge du R. P. Amédée et de l'œuvre d'assistance qu'il dirige et développe, et porte un toast au D^r Maëre. Après des toasts des D^{rs} Weygandt, Régis, Bonte, Pilcz, Van Deventer, Maëre, nous quittons cet établissement qui contribue à mettre la Belgique à l'un des premiers rangs pour l'éducation des anormaux, selon les paroles mêmes du professeur Régis, et nous transportons à l'asile « Caritas », établi tout récemment à Melle-lez-Gand et construit suivant le système pavillonnaire. De cette visite, dans laquelle nous étions guidés par l'aimable directrice (c'est un asile de femmes), et par le D^r Duchâteau, médecin en chef de l'asile, nous gardons l'excellent souvenir d'un établissement adapté aux actuelles méthodes thérapeutiques et offrant cette propreté exquise, ces couleurs claires, ces larges baies lumineuses, cette abondance de fleurs aux teintes vives et de plantes vertes qui charment l'œil et donnent un cachet spécial aux habitations du Nord. Nous y avons vu notamment une salle d'opérations et un petit laboratoire dont se contenteraient bien de nos asiles français. A l'issue d'un lunch, des toasts, des félicitations et des remerciements sont adressés à la direction de l'asile par les présidents du Congrès. Puis,

retour à Gand, où l'heure du départ pour l'excursion à Bruges et à Ostende nous rappelle.

De cette excursion, nous n'avons le loisir de dire qu'un mot : c'est qu'elle fit les délices de notre repos... hebdomadaire, et nous revenons en hâte aux travaux scientifiques.

Lundi 25 août. — Le D^r Haenel (de Dresde) préside la séance du matin qui s'ouvre par la discussion de la communication de M. Maëre : après beaucoup d'éloges, quelques critiques ! M. Decroly pose quelques questions : Qu'est-ce que M. Maëre entend par anormaux profonds ? Que fait-on, en dehors des exercices frœbeliens, pour ces anormaux ? Si M. Maëre appelle anormaux profonds ceux qui sont inéducables, quelle portée attache-t-il au mot guérison ? Il étend trop le cadre des anormaux profonds en y faisant entrer les aphoniques, diplégiques, déments et les formes graves d'insuffisance mentale plus ou moins généralisée. Quand la méthode frœbelienne donne des résultats, c'est que l'on a affaire à des aphasiques ou à des indisciplinés non congénitalement essentiels, capables de se développer. — M. Bérillon : la pédagogie doit être individuelle. D'autre part, un quart des anormaux profonds ont le Wasserman positif et le traitement spécifique donne de bons résultats. — M. Boulenger : En Angleterre, on ne remet pas les anormaux dans la circulation ; on les utilise dans les asiles. En Suisse, on introduit beaucoup de calcul, de lecture et d'écriture dans leur instruction ; on emploie à peine la méthode frœbelienne. Les enfants que nous avons vus sont des débiles et non des anormaux profonds : à ces derniers s'applique uniquement la méthode de Bourneville. — La réponse de M. Maëre met fin à la discussion : ce n'est pas seulement l'intelligence qui distingue l'anormal profond de l'insuffisant, mais aussi la motilité, l'éducabilité géné-

rale, etc. La méthode frœbelienne ne donne parfois de résultats qu'au bout de plusieurs années. Quant au Wassermann et au 606, ils ne lui ont pas donné de résultats.

Puis vient l'exposé du rapport de M. le professeur *Parhon* (de Jassy).

« *Les glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec la psychologie et la pathologie mentale* », par le professeur *Parhon*. — Ce rapport est un résumé de la question, comme l'écrit lui-même l'auteur, et des conclusions des études cliniques, histologiques, expérimentales faites jusqu'à présent. Ceci nous impose d'être brefs et de nous borner à en exposer les grandes lignes.

Dans un premier chapitre, le rapporteur envisage les syndromes psychiques dont les rapports avec les glandes endocrines sont admis par presque tous les auteurs; tels sont les troubles mentaux du myxœdème et du crétinisme, du syndrome de Basedow; de l'infantilisme, dans la pathogénie duquel l'insuffisance des glandes génitales joue un rôle capital; de l'ostéomalacie; de la tétanie et peut-être de l'éclampsie, qui relèvent peut-être de l'insuffisance parathyroïdienne; du gigantisme et de l'acromégalie, dystrophies pluriglandulaires (hypophysaire, thyroïdienne, surrénale); de la puberté précoce liée à des altérations de l'épiphyse et surtout à l'hyperactivité des glandes sexuelles; du syndrome d'Addison (véritable encéphalopathie addisonienne dans certains cas) par altérations des surrénales.

Ensuite, M. Parhon examine les relations que d'autres psychoses peuvent avoir avec les glandes à sécrétion interne. Il montre la fréquence des phénomènes thyroïdiens dans la manie et la mélancolie, la coexistence fréquente de la psychasthénie (phobie, obsessions) avec le syndrome de Basedow, surtout avec les formes basedowïdes de Stern, ou avec des phénomènes

d'insuffisance ovarienne, et estime qu'un nombre important de cas de psychoses affectives doivent se ranger, nosologiquement, immédiatement à côté du syndrome de Basedow. Le corps thyroïde seul a été examiné dans les délires chroniques systématisés. Dans la démence précoce, les altérations des glandes à sécrétion interne ont été plus étudiées, sans qu'on puisse se prononcer sur leur valeur étiologique. Les glandes endocrines ont fait l'objet de nombreux travaux qui ont décelé des altérations plus ou moins importantes dans l'épilepsie, la confusion mentale et les psychoses puerpérales, la démence sénile, les arrêts de développement, la paralysie générale (où, d'après Stern, l'hypofonction testiculaire, l'instabilité thyroïdienne et l'hyperfonction hypophysaire créeraient le terrain favorable à son évolution), l'alcoolisme, la pellagre.

Un deuxième chapitre traite du rôle de chaque glande endocrine en pathologie mentale et dans la psychologie normale. Le corps thyroïde est le mieux connu à ce point de vue. A côté de son rôle principal dans le myxœdème, les psychoses basedowiennes et les psychoses affectives, son intervention est possible dans certains états paranoïques de la ménopause, dans certaines psychoses puerpérales et dans les troubles mentaux des ostéomalaciques, dans l'épilepsie et dans la démence sénile. Son rôle est plus obscur dans la démence précoce, dans l'idiotie mongoloïde ou amanrotique. Dans la paralysie générale, dans les psychoses alcooliques ou pellagreses, les troubles thyroïdiens préparent peut-être le terrain. La thyroïde influe beaucoup sur la psychologie normale. Le rôle des parathyroïdes en pathologie mentale ne peut être affirmé encore ; il est imprécis dans la psychologie normale. En ce qui concerne le rôle de l'hypophyse, dont les altérations semblent responsables dans une certaine mesure des troubles mentaux des

acromégaliques et des géants, il est encore insuffisamment étudié pour qu'on puisse tirer des conclusions précises ; on peut se demander si elle ne prend pas part aux phénomènes de l'involution, et si elle ne crée pas une prédisposition à la pellagre. En psychologie normale, elle intervient peut-être dans la fonction du sommeil et probablement dans les fonctions sexuelles. Le rôle des surrénales, en pathologie mentale, est encore à l'étude ; il n'est certain que dans l'addisonisme, peut-être dans certains syndromes mélancoliques, dans l'anencéphalie (aplasie surrénale). L'insuffisance ovarienne peut rendre compte de l'état psychique de la ménopause ou des femmes châtrées ; elle favorise l'artériosclérose. Peut-être, dans la paralysie générale, la pellagre, les altérations ovariennes, très fréquentes, contribuent-elles à la symptomatologie et à l'évolution. Les troubles testiculaires sont probablement hors de cause dans la démence précoce. Les altérations de cette glande sont fréquentes dans d'autres psychoses.

Les glandes endocrines agissent dans la vie psychique normale ou pathologique par des mécanismes sans doute multiples. Elles influencent directement le système nerveux ; à côté de cette action sur la tonicité des centres, on peut admettre aussi une action périphérique sur la cénesthésie. Les produits de sécrétion sont encore insuffisamment étudiés.

Discussion. — M. *Dide* pense pouvoir montrer prochainement, grâce à un dispositif expérimental analogue à celui de Wassermann, le parallélisme entre les variations de sensibilisation de la cellule nerveuse et les troubles des sécrétions internes. — M. *Leroy* rapporte un cas très intéressant de confusion mentale agitée avec tétanisme [et troubles trophiques, et mort rapide, après ablation des parathyroïdes et d'une partie de la thyroïde. — M. *Picqué*, après la castration, n'a jamais

observé l'état psychique décrit par M. Parhon depuis qu'il recherche les contre-indications d'ordre mental pour éviter les psychoses post-opératoires. D'autre part, sur 450 malades du service de M. Briand, il n'a trouvé qu'un cas pouvant être considéré comme folie ménopausique. La réponse de M. Parhon clôt la discussion, et aussitôt après s'ouvre l'Assemblée générale du Congrès.

Le D^r Crocq, en sa qualité de président du Congrès, fait l'historique des difficultés qui se sont élevées entre le Comité d'organisation du Congrès de Gand et le Comité du Congrès de Berne sur une question de filiation légitime facile à résumer en quelques mots. Si le Congrès international d'Amsterdam de 1907 est considéré comme le premier et que le prochain Congrès de Berne ait seul le droit de lui succéder, le Congrès de Gand se trouve en l'air. Il n'en est plus ainsi si l'on fait remonter le premier Congrès international au Congrès de Bruxelles de 1897, et si on l'apparente à la section de psychiatrie du Congrès international de médecine de Paris (1900) qui, unie à la section de neurologie de ce Congrès, serait le deuxième Congrès international. Quoi qu'il en soit, il en ressort nettement que les Congrès internationaux, en ce qui concerne la neurologie et la psychiatrie, ont jusqu'ici chevauché les uns sur les autres, grâce à une anarchie regrettable. Pour mettre fin à cette situation, l'Assemblée générale a adopté à l'unanimité le vœu suivant présenté par M. Van Deventer :

« Les soussignés émettent le vœu que l'Assemblée générale veuille prier le Comité de ce Congrès de soumettre tous les documents, y compris la correspondance concernant le différend entre le Congrès de Gand et le Congrès de Berne, à la Commission permanente internationale des Congrès internationaux de médecine, afin

de régler tous les Congrès de psychiatrie et de neurologie dans l'avenir ».

Un avenir prochain nous dira si l'unification souhaitable des Congrès internationaux se réalisera par l'absorption de la neurologie et de la psychiatrie dans les Congrès internationaux de médecine, comme certains aliénistes, parmi les plus autorisés, le préconisent et comme le voudraient peut-être aussi ceux qui trouvent qu'il y a pléthore de Congrès, ou bien par le maintien de la tradition séparatiste de la spécialité neuro-psychiatrique.

Avant de se séparer, l'Assemblée générale a voté à l'unanimité le vœu suivant présenté par MM. Dupré et Régis, à la suite de l'éloquente communication de M. Régis sur la psychiatrie coloniale : « Le troisième Congrès international de neurologie et de psychiatrie, réuni à Gand en août 1913, ému des conséquences désastreuses de l'alcoolisme aux colonies, émet le vœu que les gouvernements prennent les mesures les plus promptes et les plus rigoureuses pour enrayer le fléau commun à tous les peuples. »

Le D^r Haenel (de Dresde) dépose un vœu rédigé en allemand invitant le gouvernement allemand à réunir une conférence des États qui possèdent des colonies, afin que, par des moyens uniformes, on empêche l'introduction d'alcool et que l'on rende son emploi plus difficile pour les agents dans les colonies. Après intervention de MM. Van Deventer, Berry, Van Brero, le Congrès adopte ce vœu et prie son bureau de le transmettre par voie diplomatique.

Dans la séance du soir, présidée par le D^r Marcus (de Stockholm), la parole est donnée au D^r Menzerath (de Bruxelles) pour exposer son rapport fait en collaboration avec le D^r Ley (de Bruxelles) sur « *La psychologie du témoignage chez les normaux et les aliénés* ».

Dans ce rapport, qui est une excellente contribution surtout expérimentale à la psychologie du témoignage, les auteurs donnent un aperçu historique de la question et montrent son état actuel, puis décrivent en détail leurs expériences personnelles ayant abouti à des conclusions précises.

Il est bien connu que l'erreur est un élément normal, presque constant, du témoignage, sous l'influence de facteurs subjectifs individuels (perception, fixation mnésique, reproduction) et d'un élément social (suggestion, complaisance, confiance). Il en découle les règles suivantes : le rapport libre étant généralement plus exact que l'interrogatoire, il est préférable, pratiquement, de se limiter au rapport libre ; il faut toujours spécifier si la déposition a été obtenue par interrogatoire. La question et la réponse formant un tout inséparable, toute question à allure suggestive ou indiquant même de simples alternatives est à rejeter ; dans la pratique judiciaire, la règle s'impose de noter, à côté de chaque réponse, la question qui l'a provoquée, dans les termes exacts où elle a été posée. — L'exactitude, en général, est fonction du temps écoulé entre l'événement et la déposition ; dans certains cas, cependant, des détails peuvent être rectifiés ultérieurement. L'accord entre un grand nombre de témoins sur un détail ne prouve pas toujours son exactitude. — Dans tout témoignage, il faut s'assurer si le sens des termes employés est compris exactement. Ce point fondamental, souvent négligé, a son importance, surtout chez les enfants, notamment chez les anormaux, chez les illettrés, et quand le témoin doit se servir d'une langue étrangère. Quand un sujet témoigne sur des notions d'espace et de temps, il est souvent nécessaire de vérifier sa capacité d'apprécier la durée et la distance ; de même pour les couleurs.

Les recherches personnelles des rapporteurs ont montré la valeur variable des témoignages suivant l'âge et l'état mental. Le témoignage des enfants est en moyenne inférieur à celui des adultes, sans qu'on puisse fixer une règle et une mesure. Le témoignage des anormaux est toujours suspect, en raison de l'influence des facteurs de troubles (influence personnelle de l'interrogateur, complaisance) beaucoup plus grands chez eux. Le témoignage du vieillard est troublé surtout par la régression mnésique; d'où la nécessité absolue de rechercher l'intégrité de la mémoire chez un vieillard témoin. La valeur comparative du témoignage de l'homme et de celui de la femme n'est pas encore établie.

Le témoignage des aliénés est qualitativement et quantitativement inférieur à celui des normaux; les facteurs de troubles sont, outre l'influence personnelle de l'interrogateur et la complaisance; les hallucinations, les illusions, les interprétations délirantes et l'auto-suggestibilité. La diminution de leur capacité à témoigner est corrélative de la réduction du champ de leur activité sociale. *A priori*, il est impossible d'apprécier la capacité éventuelle du témoignage d'un aliéné. Il est absolument indispensable de le soumettre à un examen psychologique expérimental afin d'évaluer cette capacité et de déterminer le coefficient d'exactitude et de précision du témoin; l'examen clinique ordinaire ne suffit pas pour cette détermination.

La valeur du témoignage varie singulièrement avec les formes et le degré des affections mentales; il existe une certaine caractéristique du témoignage dans les diverses formes mentales. Le témoignage, souvent tout à fait nul chez le dément précoce, pauvre chez l'imbécile et souvent très pauvre dans la folie maniaque-dépressive, très incorrect dans la période d'état de la

paralysie générale, peut être, au contraire, étonnamment correct chez certains paralytiques généraux au début, même s'ils délirent ; correct chez les épileptiques en dehors de l'état de mal, très exact dans la paranoïa quand l'objet du témoignage ne touche pas aux idées délirantes du malade, normal chez l'alcoolique sevré et indemne d'altérations chroniques du système nerveux.

Les expériences faites au laboratoire, à l'aide d'images ou de scènes simples et sans caractère émotionnel, sur des hystériques, ne font pas ressortir les caractères classiques de leur témoignage.

Dans la pratique, la véracité d'un témoignage d'aliéné ne se mesure pas par la capacité à témoigner ; dans beaucoup de cas, il sera difficile de prouver si le témoignage fait par un aliéné pendant une période de troubles mentaux est exact ou non, et le médecin expert, selon la règle de Cramer, ne devra jamais accepter de répondre à une question dans ce dernier sens.

Le rapport du D^r Van Deventer (d'Amsterdam), exposé ensuite devant le Congrès, traite d'une question d'assistance des plus importantes et toute d'actualité.

« *L'organisation de l'assistance et de l'inspection des aliénés hors des asiles* », par le D^r Van Deventer. — L'encombrement chronique des asiles, l'utilité du traitement familial pour un nombre important d'aliénés exigent que l'on se préoccupe de l'assistance des aliénés hors des asiles. Pour cette catégorie de malades, actuellement trop souvent abandonnés sans secours, sans surveillance et sans direction compétente, l'assistance doit être organisée à domicile. Le rapporteur décrit ce qu'on a fait dans ce sens dans les Pays-Bas, grâce à l'inspection de l'Etat, et avec l'aide des bourgmestres (sans intervention des médecins praticiens, liés par le secret professionnel). L'assistance de quartier par des gardes-malades sous la direction de médecins municipaux.

paux, qui se développe de plus en plus, a complété le système d'assistance. La façon de procéder doit différer suivant les pays. Il serait utile de rassembler les données des différents pays civilisés, afin de pouvoir tirer de ces documents des conclusions générales servant à résoudre le problème.

Les psychiatres qui prennent part à la discussion de ce rapport décernent tous de justes éloges à M. Van Deventer pour l'œuvre d'assistance des aliénés à domicile qu'en sa qualité d'inspecteur il a mise sur pied, et pour ses idées philanthropiques. — M. *Deroitte* : Il serait nécessaire qu'en Belgique, où la séquestration à domicile existe sur une grande échelle, les aliénés hors des asiles fussent soumis à une inspection médicale d'Etat ; les juges de paix chargés de l'inspection des malades se plaignent eux-mêmes de leur incompetence. Des médecins inspecteurs seuls pourraient recevoir des informations sans que le secret professionnel fût violé, et l'inspection médicale par des aliénistes permettrait le traitement à domicile. — M. *Meeus* (de Gheel) : Le système, pour être bon, doit être très bien organisé. Il faut intéresser à cette assistance à domicile non seulement la famille, mais aussi les pouvoirs publics et les médecins locaux. — M. *Boulenger* (d'Uccle) : Une sélection très sévère doit être faite des sujets anormaux libérés et rendus à leur famille ; l'idéal est la colonisation hétéro-familiale. L'assistance homofamiliale est très difficile, surtout dans les grands centres industriels. — M. *Manheimer-Gomès* (de Paris) considère comme très désirable l'assistance des aigus à domicile. Il serait utile d'y ajouter des dispensaires psychiatriques, pour la prophylaxie des maladies mentales, comme ceux qu'il est en train d'organiser à Paris.

Cette discussion se termine par le vote unanime du vœu suivant : « Le III^e Congrès international de neu-

rologie et de psychiatrie de 1913 est unanimement d'accord pour donner à M. l'inspecteur Van Deventer la mission de faire admettre par le prochain Congrès d'assistance des aliénés de Moscou le principe de la nécessité d'étendre l'inspection de l'Etat aux malades et infirmes mentaux soignés en dehors des asiles. » Ce vœu, présenté par le D^r Deroitte, est complété par la proposition de nommer une commission internationale chargée de recueillir toutes les données concernant la question dans les divers pays du monde, et de confier à M. Van Deventer la présidence de cette Commission dont il choisira lui-même les membres. Le Congrès en décide ainsi.

La séance se continue par des communications dont nous ne pouvons que donner les titres :

- 1° D^r Féron (de Bruxelles) : *Contribution à l'étude de l'anisocorie* ;
- 2° D^r Dauwe (de Gand) : *L'hypersécrétion dans les crises gastriques du tabes* ;
- 3° D^r Picqué (de Paris) : *De la chirurgie des aliénés ; son utilité. — Du rôle de l'infection chronique dans la genèse de certains délires* ;
- 4° D^r Bouché (de Bruxelles) : *Un cas de compression de la moelle opéré et guéri* (avec présentation du malade).

Le soir, les congressistes ont participé à un banquet servi dans un restaurant de l'Exposition.

La séance du mardi matin 26 août, présidée par le professeur Moreira (de Rio de Janeiro), et dans laquelle devait venir le rapport du professeur Ferrari (de Bologne) sur *La colonisation libre des enfants anormaux et des jeunes criminels*, a été remplie par des communications diverses. Dans son rapport, qui nous a été distribué, le professeur Ferrari retrace à nouveau l'histoire, déjà communiquée dans des congrès antérieurs, d'une

colonie libre d'anormaux créée par lui dans les environs de Bologne, et expose les résultats favorables, obtenus par l'application d'une méthode de travail spontané et librement choisi et d'éducation morale, fondée sur l'éveil d'émotions et de sentiments agréables et sur le développement progressif, sans imposition apparente, de la force inhibitoire s'opposant aux impulsions. Chez les anormaux moraux placés en petit nombre dans la colonie, on est parvenu à développer la personnalité des enfants en agissant sur leur subconscience, à leur donner la conscience d'un effort qui leur procure des satisfactions nombreuses, en utilisant leur vanité et la déplaçant graduellement vers des actions morales capables de susciter leur auto-admiration, et à faire progresser leur intelligence indirectement, en cultivant leur affectivité. L'amélioration, plus intense et plus rapide chez les garçons, a été plus lente, mais peut-être plus étendue et plus complète chez les filles. Une aggravation se produisit chez un petit nombre d'enfants, et ne persista que chez trois d'entre eux.

Des communications faites dans cette séance de clôture, nous devons nous borner à citer les titres :

D^r *Berry* (de Paris) : *Sur le traitement de l'hyperexcitabilité nerveuse d'une façon générale et dans les maladies mentales par les composés organiques du brome.*

D^r *Monteeuis* (de Nice) : *L'alimentation naturelle triple et ses indications dans les maladies nerveuses.*

D^r *Bérillon* (de Paris) : *Les neurasthénies syphilitiques.*

D^r *Van de Lanoitte* (de Verviers) : *L'hypnotisme et la suggestion dans les troubles mentaux.*

D^r *Manheimer-Gomès* (de Paris) : *Rôle du neurologue-psychiatre dans les expertises en écritures.* A la suite de sa communication, M. Manheimer-Gomès fait adopter le vœu « que, quand il s'agit d'expertises en

écritures pathologiques, la magistrature fasse appel à des spécialistes choisis parmi les neuro-psychiatres s'étant consacrés à ces études spéciales.

D^r Rouby (d'Alger) : *Etude de la folie dans l'Ancien Testament.*

Professeur Baldwin (de Baltimore) : *Troubles du sens de la réalité.*

D^r Witry (de Metz) : *Influence du trauma sur l'homosexualité.*

D^r Bériel (de Lyon) : *Sur les méningites spinales latentes avec symptômes radiculaires sensitifs.*

D^r Pfeiffer (de Beaune) : *Traitement électrique du goitre exophtalmique ; La valeur du raisonnement en psychothérapie.*

D^r Esposel (de Rio de Janeiro) : *Sur la sensibilité générale dans la lèpre.*

Professeur Austregesilo (de Rio de Janeiro) : *L'hystérie et le syndrome hystéroïde.— Attaques épileptoïdes produites par l'usage du bromure de camphre.*

D^r Maurice Faure (de Lamalou) : *Pathogénie et thérapeutique des arthropathies tabétiques.— Pathogénie et thérapeutique des crises gastriques des tabétiques.*

En levant la séance, M. Moreira, en sa qualité de délégué du Brésil, adresse des remerciements et des félicitations au bureau du Congrès, et M. Glorieux exprime ses vœux pour la réussite du prochain Congrès international.

Tel fut le Congrès de Gand. En constatant son succès, nous ne faisons que rendre un juste hommage à ses organisateurs, et tout particulièrement à l'activité et au dévouement du secrétaire général, le D^r D'Hollander, dont nous avons pu apprécier l'exquise cordialité qui lui attire l'estime de tous ceux qui l'approchent. Nous nous plaisons à souligner ici la part importante que les psychiatres français ont prise aux travaux du

Congrès ; ce faisant, ils n'ont pas négligé cette nouvelle occasion de manifester leur amicale sympathie à leurs confrères belges et de prouver combien ils s'intéressent à la vie scientifique de nos voisins. Le Congrès de Gand a montré quelle place de plus en plus grande la psychiatrie belge tient dans la science ; c'est la dernière conclusion que nous voulions en tirer. Elle est de nature à réjouir les nombreux amis que possède la Belgique dans notre pays.

D^r ARSIMOLES.

Pathologie.

LE DÉLIRE CHRONIQUE

A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE

(*Étude critique*).

Par le D^r René MASSELON

Médecin directeur de l'asile de Prémontré.

Depuis longtemps déjà le délire chronique à évolution systématique n'a été l'objet d'aucune discussion de la part des aliénistes, et, bien que son apparition ait soulevé des polémiques passionnées, bien qu'il ait été contesté par un grand nombre des hommes de valeur qui représentaient à cette époque la psychiatrie française, il a gagné peu à peu droit de cité dans le cadre nosographique.

Je n'en veux pour preuve que la place importante qu'il occupe dans les plus récents traités qui, s'ils diffèrent sur l'interprétation qu'il convient de donner aux faits, se mettent tous d'accord cependant pour accepter la réalité clinique de la synthèse opérée par M. Magnan.

Et cependant c'est cette réalité clinique, c'est l'existence même des faits réunis par M. Magnan sous le nom de délire chronique qui me paraît se heurter aux plus graves objections et soulever les critiques les mieux fondées.

Lorsque l'on analyse en effet, non pas la description magistrale que M. Magnan en a donnée, mais les observations qu'il a publiées à l'appui de sa thèse, on peut se demander si le délire chronique ne contient pas des faits disparates, si une dissociation des cas ainsi rassemblés ne s'impose pas et s'il n'est pas une façon de les comprendre plus conforme à la vérité.

Je ne reproduirai pas ici les brillantes discussions que le délire chronique a soulevées à la Société médico-psychologique ; il me suffira de renvoyer le lecteur aux diverses communications de MM. Magnan et Garnier, à celles de M. Séglas, et surtout aux remarquables mémoires de M. Falret, par lesquels cet esprit si analytique et si compréhensif ouvrait pour ainsi dire la voie à la psychiatrie de l'avenir.

Mais, avant d'entrer dans le vif du débat, j'examinerai rapidement les principes de la classification de M. Magnan, et montrerai comment il a été amené, par les nécessités mêmes de son esprit logique, à créer le délire chronique.

M. Magnan, après avoir fortement constitué la grande classe des dégénérés, s'est toujours efforcé de prouver qu'il existait, en face des psychoses purement dégénératives, tout un groupe d'affections mentales qui germent sur des cerveaux simplement prédisposés. C'est ainsi qu'après avoir placé les folies intermittentes en face des bouffées délirantes des dégénérés, il a été amené à décrire un délire chronique qui, par sa nature, par sa symptomatologie, par son évolution, s'oppose pour ainsi dire, trait pour trait, aux délires systématisés de ces mêmes dégénérés.

Ici, en effet, un terrain vierge, indemne de toute tare psychopathique ; là une hérédité chargée, des anomalies psychiques nombreuses : ici un développement progressif et lent ; là un début rapide, une formation

d'emblée : ici une évolution magistrale, déroulant régulièrement ses quatre périodes successives ; là un polymorphisme d'éléments disparates, une confusion de tous les modes de délire : ici, enfin, l'échéance démentielle à long terme ; là au contraire un retour fréquent à la guérison, ou une persistance de l'affection sans amoindrissement des facultés intellectuelles.

Cette conception, si séduisante cependant, n'alla pas sans soulever de nombreuses objections. Les faits n'ont pas coutume en effet de s'adapter aussi exactement à l'inflexibilité de nos concepts logiques, et, cette fois comme toujours, ils ne tardèrent pas à s'opposer à une théorie peut être un peu trop rigoureuse.

Une grosse question de principe se posa tout d'abord et ce fut M. Séglas qui, preuves en mains, l'apporta à la Société médico-psychologique (1). « Vous opposez, dit-il à M. Magnan, le délire chronique à la folie des dégénérés ; vous prétendez que ce délire n'éclôt jamais sur un terrain chargé de stigmates psychopathiques ; et cependant, voici huit observations de malades, que vous avez placées vous-même dans le cadre du délire chronique, et chez lesquelles j'ai trouvé une hérédité chargée et des tares mentales nombreuses, caractérisées soit par un développement incomplet des facultés intellectuelles, soit par des anomalies des sentiments ou du caractère. » Frappé par la valeur de l'argumentation, M. Magnan tint à examiner lui-même les malades de M. Séglas et tenta à la séance suivante d'affaiblir la portée des faits que celui-ci avait rassemblés. Mais son argumentation ne fit peut-être pas sur les aliénistes de l'époque l'impression qu'il en attendait, car il dut avouer qu'il « ne contestait pas les faits énoncés par

(1) Discussion sur le délire chronique. *Soc. méd.-psych.*, 1885-1886.

M. Séglas mais qu'il leur accordait une importance différente ».

La divergence entre les deux cliniciens ne tenait donc plus qu'à une différence d'interprétation. Le reconnaître, c'était un peu avouer que l'édifice, si solidement charpenté, ne reposait que sur des étais assez faibles, les faits tout nus devant surtout parler, lorsqu'il s'agit d'observations scientifiques.

D'ailleurs, la classification même de M. Magnan, qui constituait alors un très grand progrès sur les classifications antérieures, en ruinant définitivement la théorie des folies partielles et des monomanies, n'alla pas sans soulever des objections même de la part de ceux qui, comme M. Falret, en adoptaient les grandes lignes (1).

Après avoir très justement apprécié les services énormes que la théorie des dégénérescences a rendus à la science psychiatrique, après avoir admis avec Morel et Magnan la réalité des stigmates physiques et psychiques qui sont le sceau de l'hérédité morbide, nerveuse et mentale, accumulée sur une même famille, Falret ajoute :

« J'admets qu'il existe des folies héréditaires et non une folie des dégénérés, ayant des caractères spéciaux. Les stigmates physiques et psychiques appartiennent à toutes les folies héréditaires et non pas à une seule. Ce sont des caractères communs à toute la grande famille des dégénérés et non à une espèce ou à une variété particulière, méritant le nom spécial de folie des dégénérés.

« Ce sont, en un mot, des caractères d'anthropologie pathologique et non des caractères nosologiques, pouvant servir de base à la classification des formes de la

(1) *Soc. méd.-psych.*, 29 juin 1896.

folie. Cette classification naturelle des espèces de maladies mentales doit reposer, en effet, sur un ensemble de caractères spéciaux physiques et moraux et sur une évolution déterminée, possible à prévoir, et non sur des caractères généraux, caractères de races ou de familles, applicables à un grand nombre d'espèces ou de variétés de maladies mentales.

« Pour résumer, en terminant, mon opinion générale sur la théorie des dégénérescences, telle que la conçoivent M. Magnan et ses élèves, je dirai que la folie des dégénérés, embrassant dans son vaste cadre les formes les plus variées de la folie, représente, à mes yeux, comme un immense océan, sans limite et sans fond, dans lequel viendraient s'engloutir et disparaître successivement toutes les espèces et toutes les variétés les mieux établies, les plus naturelles des maladies mentales. »

En fait, M. Magnan, après être arrivé à sa conception si exacte des psychoses dégénératives, eut le tort de ne pas pousser plus loin l'analyse et de ne pas rechercher s'il n'existait pas dans ce vaste groupe nosographique des variétés cliniques, auxquelles on pût assigner des caractères fixes et une évolution déterminée; par-dessus tout, il eut le tort d'abandonner, du moins en partie, le principe logique et simple de l'évolution naturelle pour faire appel à l'appui, encore bien fragile, de l'étiologie et de séparer des affections dont la marche est cependant analogue, sous le vain prétexte que les unes éclosent sur un terrain franchement dégénératif, tandis que les autres germent sur un sol simplement prédisposé, comme s'il était possible de doser les tares, comme si les intermittents cessaient d'être des intermittents, les déments précoces d'être des déments précoces, les délirants chroniques d'être des délirants chroniques, parce qu'ils ont présenté des stigmates de

dégénérescence. Comme on le vit bien, lors de la discussion sur le délire chronique, la juste appréciation de ces subtilités risque fort d'être soumise à toutes les variations de l'interprétation personnelle et l'observation rigoureuse cède le pas aux querelles d'école.

En psychiatrie, comme dans les autres sciences, il n'y a que les faits qui comptent, et c'est sur leur groupement naturel que doivent reposer toutes les idées et toutes les conceptions.

Ne nous attardons donc plus à cette question préliminaire de l'hérédité qui, à notre avis, pèse sur tous les sujets qui contractent des psychoses, ne nous attachons qu'aux « caractères spéciaux physiques et moraux, et à l'évolution déterminée des diverses affections mentales »; et, à la lumière de ces grands principes naturels, examinons si tous les faits que M. Magnan a réunis sous le nom de délire chronique sont susceptibles de la même explication clinique.

Aucune étude ne nous permettra de mieux élucider ce problème qu'une revision et une analyse serrée des observations que M. Magnan a publiées dans ses leçons sur le délire chronique (1).

Je donne ici un bref résumé des réflexions que suggère chacune d'elles.

Obs. I. — M^{me} Rob... (p. 246), cinquante ans. Il s'agit d'un délire systématisé de persécution ayant débuté, au moins quinze ans auparavant par une période d'inquiétude qui n'était peut-être que l'exagération du caractère antérieur. Aux interprétations se sont ajoutées des hallucinations de l'ouïe. Malgré le début relativement éloigné du délire, il n'y a pas trace d'idées de grandeur et il n'existe pas de symptômes d'affaiblissement intellectuel.

(1) Leçons cliniques sur les maladies mentales recueillies par MM. Briand, Legrain, Journiac et Sérieux.

OBS. II. — C... (p. 251). Délire systématisé évoluant depuis trente-quatre ans. Idées de persécution qui ont débuté par une phase de méfiance. Interprétations délirantes multiples, hallucinations de l'ouïe qui affectent le caractère antagoniste, quelques idées de grandeur.

Le malade a soixante-quatre ans et, malgré la longue évolution du délire, il n'existe pas d'affaiblissement démentiel.

OBS. III. — M..., Jeanne (p. 255), trente ans. Cette observation est très écourtée. Mais il semble, à la lire, que le délire brûle les étapes; il ne dure que depuis trois ans et demi et les hallucinations, les troubles de la sensibilité générale sont déjà bien actifs. Il semble, en outre, que déjà une certaine incohérence se glisse dans le délire. Bien qu'une conclusion ferme ne soit pas possible, ce délire paraît évoluer rapidement vers la démence.

OBS. IV. — Sau... (p. 257), quarante-six ans. Début à trente ans, à la suite d'excès alcooliques. Interprétations, illusions, puis hallucinations de l'ouïe. Ces hallucinations deviennent extrêmement actives, il s'y ajoute bientôt des hallucinations des autres sens. Pas d'idées de grandeur. Bien que le malade présente quelques néologismes, il ne semble pas avoir d'affaiblissement intellectuel.

OBS. V. — Jac... (p. 267), quarante et un ans. Le début ne remonte qu'à quelques mois. Les hallucinations ont fait une apparition précoce. Les idées de persécution sont très actives, mais semblent mal systématisées. Elles ne sont pour ainsi dire que l'expression immédiate des divers troubles de la sensibilité générale et des hallucinations. Les interprétations délirantes paraissent peu nombreuses et peu actives. On découvre déjà des signes d'affaiblissement intellectuel. Pas d'idées de grandeur. En outre, le délire paraît évoluer sur un fond de débilité mentale assez accentuée.

OBS. VI. — M^{lle} Lef... (p. 270), quarante-huit ans. Début, il y a quatre ans, par une phase d'interprétation. Puis apparition des hallucinations de l'ouïe. La systématisation a été rapide, le délire s'alimente avec tous les menus incidents qui se passent autour de la malade. Idées de persécution, mais pas d'idées de grandeur. Pas d'affaiblissement intellectuel.

OBS. VII. — B... (p. 275), cinquante-neuf ans. Le début apparent du délire remonte à cinq ans. Mais B... était auparavant irritable, jaloux, soupçonneux. Aux interprétations succèdent bientôt des hallucinations, des troubles de la sensi-

bilité générale. Idées de persécution, pas d'idées de grandeur. Pas d'affaiblissement intellectuel.

OBS. VIII. — Lec..., Jeanne (p. 280), soixante-quatre ans. Début il y a une vingtaine d'années. Le délire est surtout formé d'interprétations. Aux idées de persécution se sont ajoutées des idées de grandeur, mais celles-ci n'ont pas effacé les idées de persécution. Il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel évident.

OBS. IX. — Lep..., Valentine (p. 281), quarante-six ans. Le début remonte à une quinzaine d'années. Phase d'inquiétude à laquelle succèdent des idées de persécution basées sur des interprétations et des hallucinations. A ces idées de persécution ont succédé des idées ambitieuses. Dédoublement de la personnalité. Néologismes. Etat accentué de désagrégation psychique.

OBS. X. — Veuve Car... (p. 282), quarante-trois ans. Début il y a six ans. Délire assez mal systématisé de persécution. Idées puériles ou absurdes. Transformation de la personnalité. Idées ambitieuses. Désagrégation psychique.

OBS. XI. — H... F... L... (p. 284), quarante-trois ans. Début il y a une dizaine d'années. Phase d'inquiétude, puis hallucinations de l'ouïe. Idées de persécution très actives. Echo de la pensée. Hallucinations de l'odorat, puis idées ambitieuses. L'affaiblissement intellectuel n'est pas évident.

OBS. XII. — S... (p. 288), soixante et un ans. Début il y a seize ans. Idées de persécution fondées sur des hallucinations de l'ouïe et des interprétations délirantes. Conversations mentales. Idées ambitieuses depuis deux ans fondées également sur des hallucinations de l'ouïe. Il y a un peu d'affaiblissement intellectuel.

OBS. XIII. — V..., Julie (p. 289), soixante et onze ans. Le début remonte à quarante-cinq ans. Il semble que les idées ambitieuses ont été très précoces, presque aussi précoces que les idées de persécution. Le délire est surtout basé sur des interprétations. Il y a de l'affaiblissement intellectuel depuis quelques années, mais il semble qu'il s'agisse là surtout de troubles liés à la sénilité.

Ainsi l'analyse attentive des observations publiées par Magnan démontre l'exactitude du tableau qu'avant lui Lasègue, et à sa suite Falret, avaient fait du délire des persécutions. Début par des soupçons, de la méfiance, de l'inquiétude confirmés rapidement par des

interprétations ; période d'état formée d'idées de persécution, basées sur des hallucinations de l'ouïe, de l'odorat ; des troubles de la sensibilité générale ; apparition assez fréquente d'idées de grandeur, qui viennent se greffer plus ou moins rapidement sur les idées de persécution préexistantes, tels sont les traits qui se retrouvent dans les descriptions de tous ces auteurs.

Mais veut-on rechercher les symptômes précis que M. Magnan a plus spécialement mis en relief ; l'on s'aperçoit rapidement que la plupart d'entre eux font ici défaut.

Qu'a ajouté en effet M. Magnan à l'œuvre de Lasègue et de Falret ?

Dans ses mains, le délire des persécutions s'est limité et a pris un caractère de fixité, de rigidité qu'il n'avait pas chez ses devanciers. L'étiologie en a été mieux précisée, la symptomatologie plus exactement déterminée, les diverses phases de l'évolution plus rigoureusement notées. Et c'est par cette précision des détails, ce déterminisme des périodes, j'allais dire par ce rigorisme de la formule générale du délire que M. Magnan a opposé son œuvre à celle de ses illustres prédécesseurs.

Contre M. Falret, qui n'accordait pas une aussi grande valeur nosographique à la question de terrain, il a soutenu l'antinomie fondamentale du délire chronique et des délires systématisés des dégénérés.

Contre M. Falret qui admettait que la phase mégalomane est fréquente, très fréquente même chez les persécutés, il a soutenu que les délirants chroniques persécutés devenaient toujours des ambitieux, et que les idées ambitieuses se substituaient complètement chez eux aux idées de persécution.

Contre M. Falret enfin, qui soutenait que la plupart des persécutés n'aboutissaient pas à la démence,

M. Magnan a affirmé l'issue fatale du délire chronique par la démence.

Je ne discuterai pas immédiatement la première de ces affirmations, dont j'ai déjà parlé, et qui, d'ailleurs, mérite pour elle seule une étude spéciale.

Mais pour élucider la valeur des autres, parcourons rapidement ses propres observations, celles qu'il a données comme types de délire chronique. Que voyons-nous ?

Sur treize malades, il en est huit qui ont des idées ambitieuses. Mais ces idées ambitieuses n'ont pas effacé les idées de persécution ; pour être devenu un mégalomane, le délirant chronique n'en est pas moins resté un persécuté.

Chez certains d'entre eux d'ailleurs, le délire a pour ainsi dire brûlé les étapes ; les idées ambitieuses ont été précoces et, dans l'observation XIII, elles semblent même avoir été primitives, montrant ainsi qu'il n'y a pas toujours opposition irréductible entre le délire chronique à évolution systématique et le délire d'emblée des dégénérés.

Sur ces treize observations, nous ne trouvons de l'affaiblissement intellectuel que dans cinq cas ; encore semble-t-il ne s'agir dans l'observation XIII que de troubles mentaux liés à la sénilité. Le début de l'affection dans l'observation II remonte à trente-quatre ans, et cependant l'évolution démentielle n'est pas encore évidente.

M'objectera-t-on que, dans beaucoup de cas, la maladie n'a pas assez duré pour que l'affaiblissement intellectuel soit déjà évident ? Cet argument aurait de la valeur si les plus anciens délirants présentaient seuls des signes de déficit mental. Mais ce n'est pas ainsi que les faits se passent. Lorsqu'il doit se produire, l'affaiblissement intellectuel est relativement précoce. En dehors de l'observation XIII où il est lié à la sénilité, on ne le rencontre, en effet, que dans l'observation IX

où le délire remonte, il est vrai, à une quinzaine d'années, mais où l'on ne nous dit pas à quelle époque l'état démentiel est apparu; dans l'observation X, dont le début ne remonte qu'à six ans; dans l'observation III, où il ne date que de trois ans; dans l'observation V, où l'évolution ne compte que quelques mois, si bien que, dans la plupart des cas où il se manifeste, il semble être apparu assez rapidement et non comme aboutissant d'une longue étape morbide.

Les observations publiées par M. Magnan ne sont donc pas de tous points conformes à la description qu'il a donnée du délire chronique. On ne retrouve chez elles, ni les quatre grandes périodes à symptômes précis, ni l'évolution rigoureusement fatale si bien décrites par leur auteur. Et il semble impossible, en s'en tenant à la description de M. Magnan, de prévoir ce que l'avenir réserve à ces malades.

On peut même se demander comment, avec les seules données des observations, on a pu édifier le délire chronique. Le fait cependant s'explique aisément si, au lieu d'analyser chaque observation particulière, on embrasse toutes les observations d'un seul regard et d'une vue synthétique.

Ce que l'on ne découvre pas chez chacune d'entre elles, on le retrouve dans leur réunion; si bien que cette conception apparaît comme construite non pas à l'aide des mêmes malades suivis dans tout le cours de leur évolution, mais avec des malades différents examinés à des moments différents de l'affection dont ils étaient atteints.

Si cette interprétation était exacte, il se trouverait que le délire chronique, tel que l'a décrit M. Magnan, contient des espèces nosographiques disparates, et la tâche du clinicien consisterait à les dégager et à les mettre en lumière.

L'expérience, ici encore, vient confirmer les données de l'induction et l'on peut, je crois, à la simple lecture de ces observations, distinguer parmi elles trois espèces distinctes de malades ; je ne dis pas trois groupes nosologiques distincts, mais trois variétés morbides qui présentent des différences au moins appréciables au premier examen :

D'abord des malades (en l'espèce, nous n'en trouvons ici qu'un, celui de l'obs. XIII) dont le délire est basé à peu près uniquement sur des interprétations et chez lesquels on ne trouve trace que d'hallucinations épisodiques ; ils appartiennent au *délire d'interprétation* tel que nous l'ont décrit MM. Sérieux et Capgras ;

Ensuite, des malades, et ce sont, je le reconnais, les plus nombreux, dont l'observation répond, en un certain nombre de points, à la description de M. Magnan, mais qui s'en éloignent par ce fait très important qu'ils ne semblent pas toujours évoluer vers la démence. Ces malades sont atteints du *délire des persécutions type Falret-Lasègue* ou, pour ne préjuger ici d'aucune notion préconçue, relativement à la nature de leur affection, je dirai, avec M. Séglas, qu'ils sont atteints de *délire systématisé hallucinatoire* ;

Enfin, des malades chez lesquels le délire est assez mal systématisé et qui évoluent progressivement vers l'affaiblissement intellectuel ; nous dirons que ceux-là sont atteints de *démence paranoïde*, en spécifiant bien qu'il s'agit là d'un état qui n'a rien de commun avec la démence précoce.

Suivant les conceptions qui ont été défendues par beaucoup d'auteurs modernes, parmi lesquels l'on doit placer au premier rang M. Séglas, tous ces malades font partie d'un grand groupe morbide, que nous désignons sous le nom de *paranoïa*.

Le délire chronique y prend place à côté de beaucoup

d'autres. Il n'a pas, dans la réalité, la physionomie si tranchée, la si haute individualité qu'a voulu lui donner son auteur. Sous sa forme intégrale, on ne le rencontre que bien rarement. On pourrait dire, si l'application de ce qualificatif à un délire si bien systématisé ne paraissait contradictoire, qu'il est une forme supérieure de démence paranoïde. Mais, si l'on considère qu'en fait les délires très bien systématisés ont peu de tendance à évoluer vers l'affaiblissement intellectuel et que la démence paranoïde présente presque toujours un défaut originel de systématisation, on sera conduit à voir dans le délire chronique une forme exceptionnelle de transition entre les délires hallucinatoires systématisés n'évoluant pas vers la démence, et la démence paranoïde, ou plus simplement à le considérer comme un délire hallucinatoire qui s'est développé sur un cerveau doué de fortes facultés syllogistiques, mais qui, par suite d'un manque de résistance constitutionnel, finit peu à peu par sombrer dans la désagrégation mentale irrémédiable.

Médecine légale

UNE ÉPOUSE CONJUGICIDE

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Par le Dr GARNIER (de Dijon).

Les hasards de la clinique médico-légale m'ont permis, à quelques années de distance, de rencontrer, chez des époux meurtriers de leur conjoint, deux cas de folie où la trame délirante se nuancait de préoccupations sexuelles suffisamment apparentes pour retenir légitimement l'attention. Le premier cas a été publié dans le tome XVII, n° 1, 1907, de *la Revue bourguignonne*, sous le titre : *Étude médico-légale d'un époux uxoricide*. Le second est celui qui, faisant l'objet du présent mémoire, vise une femme dont l'acte criminel présente une certaine relation avec la sexualité. Sans aller aussi loin que Freud, soutenant que le psychisme humain gravite autour de l'instinct sexuel, que même les moindres actes du nouveau-né, par exemple la succion du mamelon ou la défécation elle-même, sont des équivalents voluptueux, il est certain, et la fréquentation des aliénés l'a montré à tous les spécialistes, que les préoccupations génitales occupent dans les délires une place, sinon prépondérante, du moins très importante, et cela chez les deux sexes. Que ces préoccupations de nature spéciale soient la manifestation d'un instinct

jusqu'à refoulé par la volonté mettant un frein à ces appétences sexuelles instinctives, et que le refoulement puisse être à lui seul la cause étiologique des délires dont les manifestations pourraient toutes, toujours d'après Freud, être rapportées à des équivalents sexuels, c'est là une systématisation hardie, sinon audacieuse, dont l'importance pratique se laisse difficilement entrevoir. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que, quel que soit le mécanisme psychique de leur production, les préoccupations génitales sont très fréquentes chez les aliénés et que l'âge le plus avancé n'arrive pas le plus souvent à les en débarrasser, comme si la perte du contrôle conscient les obligeait à se montrer tels qu'ils sont, tels que sont, réellement au fond, tous les hommes. Laisant de côté ce que peut avoir de fondé une telle interprétation, j'imagine que mon cas d'une épouse meurtrière de son mari, dans des conditions véritablement exceptionnelles, quant au mode opératoire employé, intéressera d'autant mieux, que la folie de cette femme, comme celle de l'époux uxoricide précité, avait été méconnue dans une première expertise médicale. A ce double titre, la relation méritait, à mon sens, d'en être faite, et le rapport qui me fut demandé par la justice m'en fournira les éléments circonstanciés.

*
*
*

Dans la nuit du mercredi 21 décembre 191..., vers 11 heures, à Sav... (S.-et-L.), le nommé Bla... (François), qui reposait seul dans le lit de la pièce principale de son habitation, tandis que sa femme occupait celui d'une chambre contiguë, le nommé Bla..., dis-je, était réveillé en sursaut par des flammes qui l'entouraient et dont les morsures lui arrachaient des cris de douleur. Appelée par sa mère à ce moment, Jeanne, l'aînée des filles Bla..., voyait son père se rouler à terre au pied de son lit tout en feu, sur lequel M^me Bla... répandait de l'eau, après avoir jeté une couverture sur son mari.

A l'arrivée de son voisin Menneveau, attiré par ses cris, Bla..., montrant les brûlures étendues de son corps, qui dit aussitôt que c'était sa femme qui avait fait le coup et ne cessa de l'accuser devant plusieurs témoins qui avaient constaté l'odeur significative de pétrole, tandis que divers objets de literie se consumaient plus ou moins lentement. M^{me} Menneveau apercevait, en outre, près du lit, un litre cassé, ayant contenu du pétrole, dont la femme Bla..., qui manifestait d'ailleurs « bien peu de tristesse » de ce qui venait d'arriver, s'était servie sans doute pour arroser le lit de son mari. Le malheureux Bla... mourut dans l'après-midi du lendemain, 22 décembre, succombant manifestement à la suite des brûlures très étendues, quoique superficielles, disséminées sur tout son corps. Accusée d'être l'auteur de cette mort, non seulement par son propre fils, qui avait reçu les confidences de son père à ce sujet, mais par la clameur publique elle-même, la femme Bla..., dont l'état mental était au surplus envisagé comme suspect, soutint formellement, dans l'enquête aussitôt faite par la gendarmerie, n'être pour rien dans le décès de son mari. Elle prétendit, contre toute vraisemblance, avoir été éveillée elle-même par ses cris, s'être immédiatement levée et que, l'ayant trouvé se roulant à terre, la chemise en feu, elle s'était, après avoir jeté sur lui une couverture, hâtée de répandre de l'eau sur le lit qui brûlait. Elle avait bien, disait-elle, vu ensuite un litre cassé ayant contenu du pétrole, et lorsque le Magistrat instructeur, dans un transport à Sav..., l'eut inculpée de la mort de son mari, cette femme renouvela encore ses protestations d'innocence. Toutefois les dépositions des enfants de sa victime furent si écrasantes qu'il ne pouvait plus être douteux que c'était bien elle qui avait volontairement brûlé son mari dans son lit, de sorte qu'un mandat de dépôt fut immédiatement décerné contre elle.

L'information judiciaire qui s'ouvrit révéla que, depuis au moins deux ans environ, la femme Bla... présentait des symptômes de folie ; qu'en outre deux de ses frères étaient morts à l'asile d'aliénés de B... ; qu'une de ses sœurs s'y trouvait encore en traitement ; qu'une autre de ses sœurs, veuve Rigol..., habitant le Pul...,

donnait également des signes d'aliénation mentale, et qu'enfin la veuve Am..., née Mart... (sa mère) donnait depuis longtemps des signes de démence. Cependant, à la suite d'une lettre de son fils l'engageant à confesser la vérité, la femme Bla... se décida à entrer dans la voie des aveux et, par une lettre du 6 janvier, réclama d'être interrogée par M. le Juge d'instruction. Le lendemain, elle déclara alors à ce Magistrat n'avoir agi, dans la nuit du 21 décembre, que par jalousie, expliquant qu'elle s'était levée pour arroser le lit avec un litre d'essence; qu'elle n'y avait pas pensé avant cette nuit-là; que, s'étant éveillée, la jalousie lui était montée à la tête et qu'alors l'idée lui était venue tout d'un coup de faire ce qu'elle avait fait.

Antérieurement à cet aven, la femme Bla... avait, sur la réquisition, en date du 25 décembre, de M. le Juge d'instruction, été examinée par le D^r D. de F..., chargé de dire si, en raison de son état mental, sa responsabilité était supprimée ou diminuée et dans quelle mesure. C'est alors que notre confrère, ayant constaté, d'une part, que cette accusée, soutenant qu'elle ne comprenait pas comment l'*accident* arrivé à son mari s'était produit, se défendait avec un calme parfait et, d'autre part, qu'elle n'était ni sujette à des crises nerveuses, ni adonnée à la boisson, ni délirante sur aucun point, se déclara *convaincu qu'elle ne présentait aucun trouble cérébral pouvant supprimer sa responsabilité et que, tout au plus, pourrait-on admettre que, peu intelligente, elle avait pu mal interpréter certaines circonstances de la vie commune avec son mari et entretenir ainsi des idées ridicules de jalousie, et que c'était probablement là sa seule excuse, si elle était réellement coupable.*

Mais, après avoir soutenu au médecin-expert être demeurée étrangère à la mort de son mari, la femme Bla... qui, on l'a vu, avait avoué, le 7 janvier, à l'instruction, que c'était bien elle qui l'avait brûlé, retira, le 11 janvier, cet aven de culpabilité, en disant qu'elle s'était accusée ainsi, pour éviter qu'on accusât ses enfants et que, s'il était vrai qu'elle eût été jalouse, elle n'avait néanmoins pas fait ce qu'on lui reprochait, ce qui devenait déconcertant. D'autre part, de nombreux témoignages s'accumulant en faveur de l'hypothèse même de

la folie de cette femme, le magistrat instructeur jugea qu'une seconde expertise s'imposait et voulut bien m'en donner le soin, par ordonnance du 11 janvier 191... qui me chargeait de l'examiner à l'asile où elle devait être transférée, et de dire si, *en raison de son état mental, la responsabilité de cette femme était supprimée ou diminuée et dans quelle mesure, et spécialement si cette responsabilité était supprimée ou diminuée au moment de l'acte qui lui était reproché.*

..

L'inculpée, qui entra à l'établissement le 21 janvier, fut, en raison de ses allures raisonnables et de l'intégrité de ses facultés de raisonnement, immédiatement placée au milieu d'aliénées paisibles, occupées à la couture, dans un quartier qu'elle ne quitta d'ailleurs pas. Avant d'exposer les résultats, tant de son observation que de son examen direct, il semble naturel de relater, d'après le dossier, tout ce qu'on savait de positif sur cette femme, d'autant mieux que certains commémoratifs, susceptibles d'être complétés par elle, fournissaient déjà, par eux-mêmes, des présomptions particulièrement graves de folie chez elle.

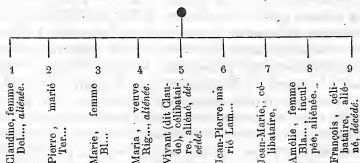
Née à Sav... (S.-et-L.), le 15 juillet 1869, du mariage légitime de Michel Am... et de Jeanne Mar..., la veuve Bl..., actuellement dans sa quarante-deuxième année, était l'avant-dernière d'une famille de neuf enfants, qui, par ordre de naissance, sont : 1° Claudine, femme Del... ; 2° Pierre, marié Perr... ; 3° Marie, femme Bl... ; 4° Maria, veuve Rig... ; 5° Vivant dit Claude, célibataire ; 6° Jean-Pierre, marié Lam... ; 7° Jean-Marie, célibataire ; 8° Amélie, l'inculpée, et enfin François, décédé. De ces neuf enfants, sept vivent ; les deux autres, Claude et François, sont morts célibataires à l'asile d'aliénés de B... La folie, en effet, a causé des ravages multiples dans la famille et paraît y avoir été apportée par la veuve Am..., née Jeanne Mar..., qui, folle en état actuel de démence, est la mère de l'inculpée. Bien que la manifestation d'une tare originelle vésanique ait été impossible à trouver ailleurs que chez la veuve Am..., née Mar..., sa fille Amélie n'ayant connu ni son

grand-père ni sa grand'mère maternels, pas plus d'ailleurs que ses grands-parents paternels, il était certain que la folie avait lourdement pesé sur leur descendance, puisque deux filles et deux garçons de la famille Am... sont ou ont été aliénés.

Et, en effet, Claudine Am..., femme Del..., la fille aînée, se trouvait internée à l'asile de la Mad... à B..., depuis le 4 mars 1907, comme atteinte de manie chronique avec délire loquace et incohérent, et prédominance d'idées de persécution, aujourd'hui en voie de démence. Quant à Maria A..., veuve Ri..., demeurant au Pul... avec une fille de quinze ans, le Maire de sa commune faisait connaître (ce qui fut corroboré par plusieurs autres témoins) qu'elle avait l'esprit affaibli, parlant seule, tenant des conversations sans suite, et qu'il y avait peu de personnes dans la localité qu'elle n'ait injuriées, mais qu'on n'y faisait plus attention.

D'un autre côté, Vivant, dit Claude Am..., placé d'office le 20 février 1901 à l'asile Saint-G..., où il décéda le 27 mai 1906, était atteint de délire des persécutions ayant dégénéré en démence. Enfin, François Am..., le dernier né de la famille, entré le 3 avril 1896 dans le même établissement, où il mourut le 17 août 1904, était un imbécile avec tendances impulsives à des actes de violence, qui, précisément en raison de violences sur une femme, dut être séquestré d'office. Les cas de folie survenus dans la famille Am... sont notés dans l'arbre généalogique ci-après :

Michel Am... — Jeanne Mar..., aliénée.



Ayant mentionné plus haut pourquoi la folie n'avait pu être retrouvée au delà de Jeanne Mar..., femme A...,

j'ajouterai que la contamination de sa descendance, imputable à elle seule, est prouvée par ce fait que, parmi les quatre frères et sœurs de Michel Am..., son mari, aucun n'a présenté de troubles mentaux (déclaration de l'inculpée).

Aussi bien dans son enfance et sa jeunesse que pendant son mariage, Amélie Am... a toujours joui d'une bonne santé. Mariée le 10 février 189..., dans sa vingt-deuxième année, avec le nommé Bla..., de Sav..., elle avait été réglée à l'âge de seize ans sans incident et donna naissance à son premier enfant le 11 décembre 189... Tandis que son mari était sabotier, elle-même était couturière, et l'un et l'autre, laborieux et économes, amassèrent petit à petit, en cultivant encore quelques terres, un bien dont la valeur d'achat, y compris la maison, fut fixée par l'inculpée à une somme d'environ 13.000 francs.

Quatre ans après la naissance de son premier enfant, elle accoucha, le 11 décembre 1895, d'une fille qu'elle allaita, comme elle avait allaité le frère. Enfin, le 13 avril 1897, elle eut son dernier né, de sorte que ces trois grossesses, assez espacées, ne purent fatiguer son organisme, et, en fait, sa santé physique ne laissa jamais rien à désirer. Il n'en fut pas ainsi de sa santé morale; mais il faut arriver jusqu'en 1908, ou même 1907, pour découvrir dans la mentalité d'Amélie Am... des symptômes capables de faire douter de sa raison. Voici les déclarations déjà suggestives à cet égard de sa fille Jeanne : « *Par moments, a-t-elle dit, ma mère se plaignait qu'on lui faisait respirer pendant la nuit des choses qui l'étouffaient. Elle prenait en grippe certaines personnes qui ne lui ont jamais fait de mal. A certains moments elle était jalouse, suivait mon père quand il sortait et, quand elle était en colère, lui reprochait de courir.* » Notons ici que le malheureux Bla..., qui jouissait d'une réputation excellente comme conduite, avait eu une pleurésie assez grave, deux ans avant sa mort, qu'il toussait, et, depuis un certain temps, couchait séparé de sa femme, ce qui vexait profondément celle-ci, et qu'enfin, à une époque contemporaine de l'événement du 21 décembre, fatigué de ses reproches injustifiés, il l'avait, dans le but de la calmer, mena-

cée de se retirer chez sa mère avec ses enfants, ce qui produisit un effet opposé.

De son côté, Michel Bla... fils avait déposé s'être aperçu également, il y avait trois ou quatre ans, que sa mère déraisonnait par instants et que son père lui avait révélé qu'elle avait déjà été ainsi il y avait une dizaine d'années, racontant par exemple, quand ses enfants avaient les yeux rouges, qu'on leur avait jeté du poivre dans les yeux, mais sans désigner généralement personne, quoique à un moment donné elle s'en était prise à l'ancien curé de Sav...

Il apparaît que le trouble d'esprit de l'inculpée s'était dessiné de plus en plus à mesure qu'on se rapprochait du drame tragique dont elle avait été l'héroïne. Ainsi, au mois d'octobre ou de novembre 191..., la femme Bla... avait demandé avec instance à son mari de faire remettre des carreaux, alors remplacés par du papier, à la fenêtre de la cuisine de leur rez-de-chaussée, sous prétexte que par ces carreaux on jetait la nuit quelque chose qu'elle respirait et qui l'étouffait. Jeanne Bla... avait ajouté qu'à la même époque sa mère était restée huit jours sans se coucher, prétendant qu'on voulait la tuer, mais sans nommer personne, et avait dit à une dame Perr... que le curé venait la nuit coucher avec elle, quoiqu'elle eût beau s'enfermer. Au surplus « dans les derniers temps, avait dit encore Jeanne Bla..., ma mère ne travaillait plus ; elle, si laborieuse autrefois, ne faisait que le travail urgent ; quand nous fûmes installés au premier, elle a voulu coucher seule dans une chambre où elle ne voulait pas qu'on entre et où on l'entendait remuer longtemps avant de se mettre au lit. Pendant la nuit, elle venait quelquefois dans la cuisine où couchait mon père ; parfois elle se mettait avec lui dans son lit, y restait un instant, puis retournait dans sa chambre. »

Mais les propos déraisonnables de la femme Bla... avaient dépassé le cercle familial et une dame Menne... avait fait connaître que s'étant trouvée, au mois d'octobre dernier, seule avec l'inculpée au lavoir communal, celle-ci, après lui avoir raconté qu'elle poussait son mari à aménager le premier étage de sa maison pour l'habiter, avait ajouté : « Quand je serai au premier, je pourrai m'enfermer et le curé ne pourra plus venir

chez nous. » Puis, comme M^{me} Menne... lui avait répondu : « Mais, le curé ne va pas chez toi », elle avait répliqué : « *Pardieu non ! Ma fille et moi nous allons faire chacune un p'tiot du curé et il faudra que le sabotier (son mari) nourrisse deux p'tiots de curé. Il vient toutes les nuits, il passe par un carreau cassé, vient dans mon lit et mon mari ne s'en aperçoit pas* », et finalement lui confia que « *sa mère, avant son mariage, ce qui était faux, avait eu un enfant d'un curé, mais qu'elle l'avait jeté dans l'étang de Montch...* »

M^{me} Menne... affirma, en outre, que; trois ans auparavant, la femme Bla... lui avait déjà dit qu'elle voulait tuer l'ancien curé, qui était cause de la maladie de leurs deux filles et qu'elles étaient désignées pour le tuer. Cette dernière déclaration fut corroborée par M^{me} Sin..., née Del..., à qui la femme Bla... aurait dit aussi qu'elle tuerait le même curé, si elle savait ne pas être vue, s'imaginant qu'il était cause de tous ses malheurs. Ce dernier témoin assura, de plus, que l'inculpée, lui ayant, à diverses reprises, fait des confidences sur les persécutions dont elle était l'objet de la part d'un certain Pern..., qui, disait-elle, venait chez elle avec toute sa famille, en passant par ses fenêtres, lui avait finalement demandé un revolver pour le tuer.

Mais, deux ou trois ans avant l'aventure dont son mari fut la victime, l'inculpée, ainsi qu'il résulta des dépositions du Maire de Sav..., d'une dame Pen..., des époux Malf..., *se disait déjà en butte aux persécutions de Malf... lui-même*, qui, d'après elle, *lui jetait du poivre dans les yeux, en mettait dans ses seaux lorsqu'elle allait chercher de l'eau, ou cherchait à l'ensorceler*. Aussi se cachait-elle alors la figure lorsqu'elle passait près de lui, faisant des détours pour éviter sa rencontre, et après s'être plainte un jour au lavoir, à M^{me} Malf... elle-même, de ce que son mari et elle allaient l'aveugler, l'avisa qu'elle se débarrasserait d'eux en leur tirant un coup de revolver.

Tous ces épisodes avaient été envisagés, par la population de Sav..., comme significatifs de l'absence de raison chez la femme Bl..., et son mari lui-même, qu'elle ne soupçonnait peut-être pas encore d'être infidèle, était alors d'avis qu'elle ne devait plus jouir de

toutes ses facultés, car, dès cette époque, il avait mandé le D^r Blanch..., de Bux..., pour la visiter. Or, ce praticien avait formellement attesté que la femme Bla..., qui présentait, à ce moment, des signes de confusion mentale et de délire des persécutions, lui avait, dès son arrivée auprès d'elle, tenu des propos baroques, et, notamment, lui avait dit que M. le Curé mettait dans son puits de la poudre blanche qui empêchait de faire son pain et lui donnait un goût, et que, comme elle manifestait déjà dans ses paroles un peu d'animosité contre son mari, il avait conseillé de la faire enfermer, son état pourant, malgré ses périodes de lucidité, devenir un danger pour les siens. Au surplus, M^{me} Sin..., s'appuyant sur ce que l'inculpée lui avait plusieurs fois dit que, ni son mari, ni son fils ne croyaient un mot des persécutions qu'elle disait subir, n'avait pas hésité à affirmer que la mort de Bla..., provenant du fait de sa femme, ne pouvait être envisagée autrement que comme la résultante de sa folie.

La situation habituelle d'esprit de la femme Bl... ainsi précisée par les commémoratifs, il parut en outre acquis qu'elle nourrissait en dernier lieu contre son mari des idées de jalousie injustifiée qui amenaient de fréquentes scènes entre eux, au cours desquelles elle faisait contre lui des menaces qu'elle disait ensuite ne pas vouloir mettre à exécution. Or, voici les explications qu'elle s'était décidée à fournir sur ses agissements, dans un interrogatoire du 7 janvier, qu'elle avait d'ailleurs provoqué : « Le 3 décembre, j'aurais voulu, disait-elle, que mon mari m'emmène à la foire de Mat..., pour aller chez le notaire. Il refusa sans me dire le motif, ce qui, bien que nous y soyons allés plus tard, me fit de la peine et amena des scènes. Il disait qu'il allait me quitter et emmener les enfants. Depuis environ six mois, nous ne couchions plus, mon mari et moi, dans le même lit ; il disait préférer coucher seul, ce qui était pour moi une cause de chagrin. Cette idée de jalousie ne me sortait pas de l'esprit. Dans la nuit du 21, je me suis réveillée, la jalousie m'a monté à la tête ; c'est alors que l'idée d'arroser mon mari avec de l'essence m'est venue tout d'un coup, sans y avoir pensé auparavant, et, n'étant plus maîtresse de moi, je me suis levée, j'ai arrosé son

lit avec un litre d'essence et j'ai allumé; je ne sais si c'est avec la lampe ou avec la bougie. Je ne savais pas ce que je faisais, je ne me suis pas demandé si mon mari allait souffrir, ni si ce que je faisais allait causer sa mort. Je n'ai pas réfléchi, c'était la jalousie qui me poussait et qui était plus forte que moi. Je regrette beaucoup ce que j'ai fait, j'aimais bien mon mari. »

Ainsi, l'examen indirect, non seulement des circonstances dans lesquelles Bla... avait finalement trouvé la mort, du fait de sa femme, mais encore de la mentalité de cette dernière, dont l'hérédité se révélait particulièrement lourde, se trouvait fournir des données tout à fait en faveur de l'hypothèse de la folie, qui semblait ainsi d'autant plus vraisemblable et admissible chez l'inculpée, qu'aucune voix dissidente ne s'était élevée, en réalité, pour soutenir l'hypothèse inverse.

* *

Ainsi que je l'ai dit plus haut, la femme Bla... étant apparue absolument calme dès son entrée à l'asile, fut placée au milieu d'aliénées tranquilles, pour y être observée. Au point de vue physique, c'était une femme de petite taille (1^m58), aux yeux gris, aux cheveux et sourcils châains, à la physionomie pâle et ridée, mais n'ayant rien de désagréable. Elle donnait l'impression immédiate d'une personne propre, réservée dans son maintien, et sa mise très décente était celle d'une paysanne. Contrairement à ce qu'on aurait pu croire *a priori*, elle n'offrait, dans sa conformation crânienne, aucune malformation dégénérative digne d'être retenue.

On constata, au premier contact avec elle, que cette femme, en pleine possession de ses facultés de raisonnement, était tout à fait illettrée. Elle déclarait elle-même, d'ailleurs, n'être jamais allée en classe et ne savoir ni lire ni écrire. Il lui était impossible, en outre, de faire le moindre calcul mental, comme une multiplication de deux chiffres. Confinée dans les soins de son ménage depuis son mariage, elle n'avait pas eu d'autre horizon et était restée ignorante de tout ce qu'un jeune enfant de dix ans, tant soit peu instruit,

eût expliqué parfaitement. Ainsi, elle ne savait pas qu'il y a parfois 366 jours dans l'année, répondait qu'une commune est « là où il y a une *mairerie* (*sic*) et une église », se déclarait incapable de dire ce qu'on entend par canton, arrondissement, département, plaçait son village de Sav... dans l'arrondissement de Mac..., *sans savoir même si cette dernière ville était ou non le chef-lieu du département de S...-et-L...* Elle fut hors d'état de donner le moindre renseignement sur la guerre de 1870, de dire quel était le gouvernement actuel de la France, et, à chaque question, soit sur les représentants de la nation, sénateurs et députés, soit sur le tonnerre, soit sur l'éclair, répondit invariablement : « J'y sais pas, Mossieu ! » On compréna facilement que cette femme, n'ayant aucune compréhension des choses abstraites, l'entretien qu'on pouvait avoir avec elle était pénible et devenait parfois même impossible. Cependant, malgré son indigence des choses scolaires, cette femme n'était pas inintelligente, en somme, et la preuve s'en déduisait du fait qu'elle avait pu apprendre le métier de couturière, l'avait utilisé au service d'autrui, depuis son mariage, tout en se montrant ménagère avisée, laborieuse, économe, apte à la direction d'un intérieur, qualités incompatibles avec un niveau intellectuel au-dessous de celui d'une femme de sa classe et de sa condition. Ayant d'abord laissé la femme Am... s'acclimater, pour ainsi dire, dans le milieu nouveau qui était le sien, l'abandonnant en apparence à sa spontanéité, je dois dire qu'elle s'était mise aussitôt au travail de la couture, avec une docilité exemplaire, mais en se tenant à l'écart de ses compagnes, avec lesquelles elle n'eut aucun échange de paroles, et se montrant franchement taciturne. Elle mangea, il est vrai, avec appétit et se tint fort tranquille la nuit, mais, quoique négatifs, ces symptômes n'excluaient pas, en principe, l'existence réelle d'une folie qui, par hypothèse, ne pouvait appartenir qu'au groupe de celles qui respectent les facultés de l'entendement. Il se pouvait aussi que le changement brusquement opéré dans l'existence de cette femme, en y joignant le choc moral résultant de la mort de son mari, eût fait une diversion à ses idées habituelles, suffisante pour les inhiber momentanément.

Quoi qu'il en soit, après une semaine d'expectation, ayant abordé d'emblée avec la femme Bla... le terrain de l'accusation portée contre elle, elle se cantonna aussitôt dans le système de dénégations qu'elle avait primitivement adopté, dès le début, en niant être pour quelque chose dans ce qu'elle appelait *le malheur arrivé à son mari*, et qu'elle avait ensuite repris dans son interrogatoire du 11 janvier, après l'avoir déjà abandonné le 7, lorsqu'elle avait reconnu ce qu'elle avait fait et indiqué le motif de son acte. Elle soutint même qu'elle ne savait plus si ce n'était pas la lampe qui s'était renversée, lorsqu'elle était allée, la lampe à la main, près de son mari. J'eus beau l'inviter à la franchise, à l'aide de tous les arguments que m'avait fournis le dossier, il me fut tout d'abord impossible de triompher de son entêtement, pour ainsi dire enfantin. Cependant, quelques jours plus tard, à la suite de nouvelles objurgations sur l'absurdité ridicule de ses dénégations, l'inculpée se décida à répéter ce qu'elle avait déjà, en somme, avoué, en y joignant, en réponse à mes interpellations, le commentaire synthétique ci-après : *Depuis une dizaine de mois, me dit-elle, je ne m'accordais pas bien avec mon mari; je m'étais aperçue qu'il se dérangeait; il me disait qu'il ne voulait plus coucher avec moi; j'avais l'idée qu'il avait une autre femme, c'est pour cela que je le suivais pour le surprendre; je l'ai suivi une fois ou deux, mais je n'ai vu personne. J'étais jalouse comme il n'y en avait pas, je croyais toujours qu'il avait une autre femme, puisqu'il ne couchait plus avec moi. Je lui disais : « Cependant je suis toujours la même. » Il me disait aussi qu'il faisait du bois (sic) quand il sortait, mais que ce n'était pas pour moi; il le faisait je ne sais pas pour qui; un jour, il m'a couru dessus en me disant : « Pourquoi me regardes-tu? » Il a refusé en décembre de venir avec moi à la foire de Mat...; cela m'a vexée, car on y allait pour des actes d'échange d'un bien acheté ensemble; il s'est cependant décidé à y venir quelques jours après, mais ce n'était plus la même chose et son premier refus m'avait tourmentée. Il me disait aussi qu'il voulait me quitter avec les enfants, et lorsque je lui disais : « Va donc vers tes pouppoules! » il ne me répondait rien. En faisant ce*

que j'ai fait, je n'ai pas pensé qu'il mourrait, ni qu'il ne mourrait pas, j'y ai fait. Mon malheur est bien grand! Après avoir tant travaillé tous les deux!... Je ne peux pas dire le chagrin que j'ai. Je me cache pour aller pleurer tous les jours.

Comme j'insistais surtout pour obtenir des détails sur la manière dont elle avait opéré dans la nuit fatale, elle répondit en pleurant : *Tout le sang m'a monté à la tête; j'y ai fait; je n'en avais pas eu l'idée avant cette nuit-là. Je me suis levée, je ne sais pas si mon mari dormait; après avoir versé le pétrole, je l'ai allumé avec la lampe; quand j'ai vu mon mari qui luyait (sic) (hurlait), j'ai bien vu que je n'avais pas bien fait et je lui ai porté secours, en faisant ce que j'ai pu. Je vois bien aujourd'hui que je n'avais pas raison d'avoir fait ce que j'ai fait; il aurait fallu bien sûr que j'aie du regret avant; et elle se mit à sangloter en disant: Oh! mon Dieu! que va-t-il devenir de moi? Si j'étais près de mon mari, j'aurais bien du bonheur, quoique j'aime bien mes enfants. C'est une chose terrible, après avoir travaillé pendant vingt ans ensemble, car j'aimais bien mon mari, qu'un malheur pareil!!*

Un semblable récit, susceptible de faire admettre que les déterminations criminelles de l'inculpée s'étaient inspirées de la jalousie seule, celle-ci se présentait dès lors avec des caractères tels qu'on pouvait certes, en la qualifiant de morbide, démontrer suffisamment la genèse pathologique de l'acte du 21 décembre; mais les idées de persécution manifestées aussi par Amélie femme Bla... et les préoccupations génitales auxquelles elle était simultanément en proie avaient été trop bien précisées par les témoins pour être laissées dans l'ombre, car, aussi bien, elles avaient dû jouer un rôle, sinon décisif, du moins important comme facteur de sa criminalité. Je questionnai donc l'inculpée sur tous les points visés par les témoignages en question, mais cette femme poussa la dissimulation jusqu'à nier tout ce que M^{me} Sin..., le Maire de Sav..., M^{me} Menn... et même ses propres enfants avaient révélé sur elle en rapportant ses propres propos.

Sans m'attarder à relater un à un les démentis individuels opposés par la femme Bla... aux récits si parfaits

tement circonstanciés des témoins, il me suffira de mentionner notamment que cette femme, cependant pressée d'une façon systématique et à qui j'opposais la substance même des dépositions que, dans l'espoir de la confondre, j'avais encore fait préciser davantage, cette femme, dis-je, nia ses propos à M^{me} Perr... sur le poivre qu'on lui jetait, ses confidences à M^{me} Meun... sur sa grossesse imaginaire et celle de sa fille, sur la poudre blanche qui était jetée dans son puits par le Curé de Sav..., sur les menaces de mort contre celui-ci à M^{me} Sin... ; mais elle reconnut, quoique avec d'infinies réticences, qu'elle dormait mal la nuit, avait peur qu'on la tue, même lorsqu'elle couchait avec son mari ; que lorsqu'elle couchait seule en haut, elle avait toujours en peur que quelqu'un vint la trouver ; que parfois, elle ne se déshabillait pas, se jetait sur son lit, laissant souvent la lampe allumée, de sorte qu'il devint évident que cette femme devait dissimuler un délire, dont les quelques symptômes qu'elle consentait à révéler étaient les indices suffisants.

Comme l'inculpée avait aussi manifesté des préoccupations génitales, puisqu'elle s'était prétendue enceinte, je dirigeai d'autant mieux mes investigations de ce côté qu'elle m'avait déclaré avoir été jalouse de son mari et qu'elle m'avait également tenu ce propos que, quand on avait un homme, c'était pour s'en servir (*sic*). Questionnée sur sa vie génitale (elle ne fut pas réglée à l'Asile bien qu'ayant encore eu ses menstrues fin décembre à la prison de Ch..., et au commencement du même mois à Sav...), la femme Bla... confessa qu'elle avait des rapports conjugaux deux fois par semaine, mais que son mari ne lui demandait plus qu'une fois par mois, cela l'avait offensée ; qu'elle avait éprouvé bien des fois des sensations comme si elle avait eu des rapports intimes avec lui, croyant que son mari était sur elle (*sic*), et qu'elle avait alors pensé que quelqu'un venait après elle (*sic*), ce qui lui avait laissé croire que son mari avait aussi une autre femme, comme elle avait un autre homme, et elle ajouta : *Cette nuit même, j'ai éprouvé comme si j'étais couchée avec mon mari ; j'étais serrée, j'étais gênée* (*sic*) ; *je me suis réveillée et je lui ai dit : « Va-t'en donc ! j'ai peur », et il n'y avait per-*

sonne. *C'est la première fois que cela m'arrive depuis que je suis ici.* Comme j'en tirais devant elle la conséquence que c'était ce qui, sans doute, expliquait pourquoi elle s'était figurée être enceinte du Caré de Sav..., l'inculpée soutint encore n'en avoir jamais parlé, mais sur ce point, comme sur ceux de ses persécuteurs imaginaires, il ne fut plus douteux qu'elle dissimulait la vérité.

La femme Bla..., quoique donc, se montra d'ailleurs sombre depuis le jour de son entrée dans mon service. Pendant le jour, elle se tenait sur une réserve excessive, n'ouvrant la bouche à personne et se refusant toujours à satisfaire la curiosité de ses compagnes de travail, tout en continuant à coudre silencieusement. De temps en temps, elle fut surprise pleurant près des cabinets et elle ne fit aucune difficulté pour reconnaître qu'elle allait pleurer où on ne pouvait pas la voir. Ses nuits furent bonnes, mais elle prétendit qu'elle dormait peu et se tenait souvent éveillée. Cependant sa santé générale fut bonne et son appétit suffisant. N'ayant pu obtenir, dans mes entretiens avec elle, d'autres détails que ceux qui précèdent sur des troubles non douteux de sa sphère génitale, j'imaginai que, malgré ses lacunes, son observation directe était loin d'infirmier, en somme, ce qu'on savait déjà sur elle, et qu'il m'était permis de me prononcer sur sa mentalité.

*
*
*

S'il n'était pas très rare, en médecine légale, de rencontrer des cas où, du seul examen de l'acte incriminé, se dégagent déjà des présomptions graves de la folie de son auteur, celui qui était reproché à la veuve Bla... qui, après avoir arrosé de pétrole le lit où reposait son mari dans la nuit du 21 décembre, y avait ensuite mis le feu, pouvait bien, à comp sûr, on en conviendra, faire partie de ceux-là. Et, en effet, sans compter que la disproportion entre l'injure et son châtement apparaissait d'une énormité flagrante, l'emploi, pour tirer vengeance de l'inconduite supposée de son mari, du moyen dont cette femme s'était servi pour le punir, rendait à bon

droit sa mentalité suspecte, car il ne serait jamais venu à l'idée de quelqu'un ayant son bon sens, et hormis peut-être le cas de flagrant délit d'adultère, d'agir vis-à-vis son conjoint, fût-il coupable, ainsi que l'avait imaginé l'inculpée. Mais Bla... ayant été précisément d'une vie assez irréprochable pour être à l'abri de tout soupçon d'inconduite, sauf de la part de sa femme, les présomptions d'insanité d'esprit de celle-ci s'en trouvèrent d'autant mieux accrues qu'elle ne pouvait pas se flatter que ses agissements passeraient inaperçus.

L'impression première que laissait ainsi tout d'abord le fait criminel à la charge de la femme Bla..., en le considérant pour ainsi dire isolément, était donc qu'il ne pouvait, selon les plus grandes probabilités, qu'être marqué au coin de la folie, et cette impression devenait une certitude dès qu'on la rapprochait de la personnalité même de son auteur.

Quelle était, en effet, la mentalité véritable de l'inculpée ?

En premier lieu, il ne pouvait être douteux que cette inculpée était, au fond, une femme d'un horizon essentiellement borné, puisque non seulement elle ne savait ni lire, ni écrire, mais s'était montrée d'une ignorance crasse. S'il est vrai qu'il eût malgré cela été excessif de lui dénier suffisamment d'intelligence, puisqu'elle remplissait avantageusement ses devoirs de ménagère avisée, il n'en était pas moins avéré que, malgré l'intégrité de ses facultés de raisonnement, elle s'était surtout montrée dépourvue de tout sens autocritique, circonstance absolument favorable à l'éclosion d'idées fixes. Or, celles-ci n'avaient pas manqué de se faire jour dans son cerveau, et en se rappelant les dépositions si unanimes et si probantes des témoins de l'information, parmi lesquelles figuraient celles de ses enfants eux-mêmes et du médecin jadis appelé auprès d'elle, on ne pouvait qu'être convaincu que cette femme, déjà bel et bien aliénée, était le jouet, avant son acte criminel, aussi bien de ses interprétations délirantes que de ses troubles sensoriels, parmi lesquels ceux de la sphère génitale n'étaient pas les moins significatifs.

Ce serait assurément une véritable superfétation de montrer ici comment un délire d'interprétation basé sur

les troubles du sens génital s'est organisé peu à peu chez l'inculpée, au point de lui inspirer les propos qu'elle tenait à divers et sur la signification morbide desquels ils ne se sont pas mépris, surtout en ce qui concerne sa grossesse et celle de sa fille dues au Curé de Sav..., pour ne parler que de ceux-là. Mais ce qui n'est pas un des moindres sujets d'étonnement de son cas, c'est de constater qu'après ses menaces tant de fois répétées contre certains de ses persécuteurs, elle s'est bien gardée de les mettre à exécution.

La situation mentale d'Amélie Am..., ainsi esquissée, était sensiblement la même quand l'incident banal du désir de son mari de coucher seul a accru ses préoccupations génitales et, petit à petit, lui a suggéré l'idée de la prétendue infidélité de celui-ci, parce que, d'après les sensations voluptueuses qu'elle éprouvait parfois, elle s'imaginait être dans les bras d'un autre, tandis que son mari devait éprouver les mêmes phénomènes avec une concubine imaginaire. Si on ajoute que celui-ci, empêché d'ailleurs par son état de santé, se montrait sobre de rapprochements intimes avec sa femme, on comprendra que cette continence même était pour celle-ci la preuve qu'il réservait ses caresses pour d'autres. Il ne faut pas oublier non plus que la femme Bla... était persuadée qu'on pouvait facilement pénétrer chez elle; son hypothèse lui apparaissant d'autant mieux vraisemblable qu'elle se croyait elle-même victime de la lubricité de personnages invisibles. Je n'ignore pas que la femme Am... n'a pas systématisé d'une façon aussi nette les idées délirantes qui hantaient son cerveau; mais, malgré ses réticences, ce qu'elle a échappé devant l'expert, à savoir ses craintes d'être tuée et ses troubles de la sphère génitale, permettent de penser, surtout en les rapprochant de ce qu'elle confessait à différents témoins, qu'à la jalousie, invoquée pour expliquer le déterminisme de son acte, se sont ajoutés d'autres éléments délirants et qu'elle n'a pas pu se guider librement dans la nuit du 21 décembre.

Mais la jalousie elle-même, avec les caractères délirants qu'elle avait revêtus chez Amélie Am..., suffirait amplement à faire admettre qu'une impulsion à caractère irrésistible a pesé sur son déterminisme, bien

qu'elle ait pu voir ensuite l'énormité de ce qu'elle avait fait, son raisonnement étant intact, et même le déplorer ou s'en défendre. Et, en effet, de quelque façon qu'on envisage son acte meurtrier, on n'aperçoit pas l'intérêt que cette femme aurait eu à faire disparaître son mari, avec lequel elle a vécu pendant vingt ans heureuse et qu'elle aimait, comme elle l'a dit, jusqu'au jour où, s'étant figuré qu'il avait des relations avec d'autres femmes, la bonne harmonie cessa entre eux. Or, cette absence d'intérêt à faire mourir son conjoint militait singulièrement en faveur d'une impulsion morbide, avec un caractère d'irrésistibilité, ayant surgi sur le fonds délirant qui était alors celui d'Amélie Am... Et cela est si vrai que personne n'a pensé à Sav... que l'acte qu'elle avait commis n'était pas celui d'une folle, sentiment absolument partagé, d'ailleurs, par ses propres enfants, qui savaient leur mère aliénée depuis longtemps au moment de son crime.

Mais si Amélie Am... était bien aliénée, et tout concourait à le démontrer, sa folie recevait encore un surcroît de certitude de l'étiologie de son cas, en raison de la lourde hérédité qui pesait sur l'organisation cérébrale de cette femme. S'il n'est pas permis, en médecine légale, quand un sujet ne présente aucun trouble mental positif, de soutenir qu'il est fou parce que son hérédité vésanique est chargée, il est, au contraire, parfaitement scientifique d'appuyer la démonstration de la folie existante de ce sujet par les circonstances étiologiques qui la conditionnent. Or, chez la femme Bla..., folle authentique, la folie s'expliquait lumineusement par le fait de la folie de sa mère, qui avait transmis à sa descendance une prédisposition maxima à devenir aliénée, prédisposition qui, sur neuf enfants, n'en avait, eu définitive, laissé que quatre indemnes de troubles mentaux.

Et maintenant, je crois, en raison de toutes les considérations qui précèdent, avoir été autorisé à répondre à Monsieur le Juge d'instruction, au sujet de l'inculpée, de la façon suivante :

1° Amélie Am... Veuve Bla..., étant aliénée, ne jouit plus de ses facultés mentales.

2° Sa folie, d'origine héréditaire et développée sur un

fonds de débilité mentale, se caractérise par des idées de persécution asystématiques avec interprétations délirantes multiples et troubles de la sensibilité génitale ;

3° Elle est notamment irresponsable de l'acte criminel qui a amené la mort de son mari, et dont le déterminisme a été certainement pathologique ;

4° Cette femme, en raison de sa situation mentale, est dangereuse pour la sécurité d'autrui et doit être placée comme telle dans un asile d'aliénés.

A la suite du dépôt de ces conclusions, cette femme fut l'objet d'un non-lieu et maintenue à l'asile jusqu'à son transfert dans celui de son domicile de secours où elle est encore.

Législation.

LES MOYENS D'INVESTIGATION DE L'AUTORITÉ JUDICIAIRE SUR L'ÉTAT ET L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS INEFFICACITÉ ET INCONVÉNIENTS

Par le D^r Victor PARANT père,
Directeur-médecin de la Maison de santé de Toulouse.

I

LES ENQUÊTES A L'INTERNEMENT

« Les mesures de précaution relatives à l'internement des aliénés commandent ordinairement une célérité, une prudence, une discrétion, qui se concilient difficilement avec les formes judiciaires. »

Ces paroles, qu'on pourrait qualifier de lapidaires, tant elles disent bien et brièvement ce qu'elles ont à dire, furent prononcées en 1837, par le ministre de l'Intérieur d'alors, dans la discussion de la loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés. Je les cite d'après le D^r Garnier, qui les rappelait lui-même, en 1896, au Congrès des aliénistes.

Elles étaient vraies et justes lorsqu'elles furent dites et elles eurent sans doute leur efficacité pour faire attribuer à l'autorité administrative la part prépondé-

rante que la loi de 1838 lui a donnée en tout ce qui concerne l'entrée et le séjour des aliénés dans les établissements qui leur sont spéciaux.

Elles ne le sont pas moins aujourd'hui, et il serait éminemment désirable que nos législateurs actuels fussent à même de les méditer et s'en pénétrer profondément; pour en faire en quelque sorte le critérium de la valeur des lois nouvelles qu'on se propose d'édifier sur la matière.

Il est à considérer en effet que, dans la part d'intervention qui lui est faite actuellement, l'autorité judiciaire n'est guère à même de remplir bien son rôle. Un courant d'opinion très mal éclairé pousse à accentuer ce rôle davantage, et l'on peut s'attendre à ce qu'il ne soit pas rempli d'une manière plus satisfaisante.

La faute n'en est pas aux magistrats, du moins à la plupart d'entre eux. En ce qui me concerne, je les ai presque toujours vus chercher à remplir leur mission en hommes sages et prudents. Parfois, au début de leur carrière, ils se mettent en besogne avec des idées préconçues et se laissent plus ou moins influencer par les erreurs de l'opinion publique; ils s'imaginent que le bon sens de n'importe qui suffit à débrouiller tous les cas d'aliénation mentale et d'internement des aliénés, même les cas les plus complexes. Mais tôt ou tard, avec l'expérience, ils arrivent à mieux comprendre comment doit s'exercer leur intervention.

Néanmoins, on peut ajouter cela sans aucun esprit de dénigrement, même lorsqu'ils comprennent ce qu'ils ont à faire, en général ils ne le font pas bien.

A quoi cela tient-il?

Principalement, et presque toujours, cela tient à ce que, dans ce qu'ils ont à faire, ils suivent les formes et les moyens de procédure que leur éducation professionnelle, les règles d'action de leur profession leur

indiquent de suivre; ils obéissent inconsciemment à leur mentalité de magistrats, ils sont essentiellement esclaves de ces formes, qui sont précieuses dans d'autres cas, mais qui, avec les aliénés et tout ce qui concerne l'aliénation mentale, sont le contraire de ce qu'il faudrait. A cause de cela, ils manquent leur but; heureux encore lorsque, même malgré leur bonne volonté, leur sagesse, leur prudence et leurs intentions, ils ne vont pas précisément à l'encontre de ce but.

On peut s'en rendre compte en examinant les diverses conditions dans lesquelles ils interviennent. Il y a tout d'abord un point qui mérite une attention sérieuse, et qui est peut-être celui où l'action de l'autorité judiciaire arrive à des résultats les plus au rebours de ceux qui seraient désirables.

Il s'agit des enquêtes que les procureurs de la République font au moment de l'internement d'un aliéné.

La loi du 30 juin 1838 stipule, article 10, que l'autorité administrative doit notifier, aux procureurs de la République des arrondissements où sont situés les établissements d'aliénés, les noms, prénoms et domicile de toutes personnes placées dans les établissements de leur ressort.

Tandis que la même loi dispose, article 9, que l'autorité administrative, après avoir reçu elle-même, des directeurs desdits établissements, notification de ces placements, doit faire vérifier, par un médecin de son choix, la réalité de l'aliénation mentale des personnes ainsi internées, elle ne dit rien de ce que peuvent ou doivent faire alors les procureurs de la République.

Mais ceux-ci procèdent immédiatement à une enquête d'autre sorte.

En vertu de quoi le font-ils ?

Je n'ai pu savoir quels sont les règlements, quelles sont les circulaires ministérielles, quelles sont les instructions supérieures qui ont présidé à l'origine de ces enquêtes et les ont prescrites.

Cela importe peu, du reste. Ce qu'il suffit de constater, c'est qu'elles se font, que leur usage est général, et qu'elles concernent aussi bien les aliénés placés directement par leurs familles dans les asiles publics d'aliénés que ceux qui sont placés dans les établissements privés. Tous ceux qui sont familiers avec l'administration des asiles d'aliénés, quels qu'ils soient, connaissent ces enquêtes et comment on y procède.

Le procureur de la République, aussitôt averti par l'autorité administrative, lance, dans le lieu du domicile de la personne internée, une circulaire soi-disant confidentielle (on verra comment elle l'est), qui comporte les questions suivantes :

« 1° Quel est l'état civil exact de la personne placée dans l'établissement ?

« 2° Quelle est sa situation de famille et de fortune mobilière et immobilière ?

« 3° Sa folie est-elle certaine ?

« 4° Quelles sont les circonstances qui caractérisent cette folie ?

« 5° Soupçonne-t-on une séquestration arbitraire ?

« 6° Y a-t-il opportunité, vu la situation de fortune, de nommer un administrateur provisoire ? »

Prises en elles-mêmes, ces questions n'ont rien d'irrationnel. Mais elles le deviennent cependant, à un haut degré, tant par la manière même dont elles sont posées que par les moyens employés pour y obtenir des réponses.

Ces moyens sont aussi mauvais que possible ; il serait difficile d'en imaginer de plus mauvais et de plus susceptibles d'être préjudiciables à ceux qu'ils concernent ;

ils sont mauvais en eux-mêmes, et mauvais par les procédés à l'aide desquels ils sont mis en œuvre. D'une manière générale, on peut, à cause de cela, dire des enquêtes dont ils sont la base, qu'elles sont inutiles, inopportunes, malfaisantes. Les qualifier de cette sorte n'est rien exagérer. On le reconnaîtra en les examinant en elles-mêmes et dans leur fonctionnement.

En elles-mêmes d'abord.

Le formulaire que nous avons reproduit donne lieu à de graves critiques.

Son premier tort, non le moindre, est d'employer le mot folie. Ce mot, dans le langage usuel, a une signification étroite, limitée, ne s'appliquant nullement à ce qu'ici il semblerait vouloir dire, et impliquant en lui-même un sens très défavorable. Il est presque toujours pris en mauvaise part dans le public; il suppose d'emblée les tares familiales, l'hérédité, la dégénérescence; il frappe d'une marque suspecte ceux à qui on l'applique, et, dire de quelqu'un qu'il est on a été atteint de folie, c'est, en quelque sorte, le déconsidérer à jamais. Tout autre mot vaudrait mieux, notamment celui de maladie mentale. Celui-ci n'est nullement pris en un sens aussi étroit et aussi défavorable que l'autre, et, dans le public, on conçoit très bien, on admet sans difficulté qu'une maladie mentale puisse être purement accidentelle, susceptible de guérison, n'ayant, ni pour l'individu ni pour sa famille, le triste sens du mot folie. Le mot démence, qui est pour les maladies mentales le mot générique du Code, n'impressionne pas non plus aussi mal que le mot folie. Cependant, au point de vue scientifique, il ne conviendrait guère de l'employer, parce qu'il donnerait lieu à des confusions d'autre genre.

Les distinctions dont je parle ne sont nullement subtiles. On en trouve la preuve dans un grand nombre

des réponses faites au questionnaire de l'enquête. Souvent il y est dit, entre autres choses, que l'individu mis en cause n'est nullement atteint de folie, mais qu'il est atteint de monomanie, et les idées à cet égard peuvent amener dans la rédaction des réponses de véritables quiproquos.

En voici un exemple entre beaucoup d'autres. Je cite textuellement :

« D. — La folie est-elle certaine?

« R. — *La folie n'est pas certaine*, mais il y a *tendance à la démence*. M^{me} X... est atteinte de *lypémanie*. Au moral, mélancolie extrême, dégoût pour les affaires de son intérieur, manies religieuses; visites très fréquentes au cimetière, d'où elle ne reviendrait pas si on n'allait pas l'y chercher.

« D. — Circonstances qui caractérisent la folie?

« R. — Au physique, grande faiblesse nerveuse, ne sentant pas le besoin de manger. On espère une amélioration de son état si elle reste dans une maison de santé où elle a été placée. »

On aurait, par dérision, voulu inventer ces réponses, y eût-on aussi bien réussi? Ainsi, la folie n'est pas certaine chez une femme qui a de la lypémanie, des manies religieuses, qui refuse les aliments; et cet état, qui n'est pas une folie certaine, a de la tendance à la démence, c'est-à-dire à l'incurabilité; ce qui n'empêche pas qu'on espère qu'elle guérira.

J'ajoute que la malade en question guérit, et qu'elle prouva ainsi, de la manière la plus sage, qu'elle n'était ni folle ni démente.

Un autre défaut du questionnaire est dans la formule de la deuxième question, relative à la situation de fortune mobilière et immobilière.

Cette question est comprise comme s'il fallait recher-

cher aussi bien la situation de fortune de la famille de l'aliéné que la sienne propre.

Assurément, le procureur de la République, protecteur né de la fortune des aliénés internés, est tout à fait justifié de chercher à se renseigner sur leur situation personnelle. Mais il n'a aucun droit d'enquêter sur la fortune de la famille, sur la situation pécuniaire des parents de l'aliéné.

Et cependant, presque toujours, sinon toujours, les investigations des agents chargés de l'enquête portent sur l'un comme sur l'autre, et parfois avec une indiscretion extrême. Ils posent des questions déplacées, qui étonnent et même irritent ceux à qui on les pose. Souvent, d'ailleurs, ceux-ci font ce qu'ils ont raison de faire, ils n'y répondent pas du tout ou donnent des indications fantaisistes.

J'ai vu des questions posées de la sorte risquer d'avoir de funestes conséquences. Je me souviens, notamment, que le père d'un jeune homme qui m'avait été confié, lequel père était petit commerçant à la campagne, m'arriva un jour tout ému et très malheureux. Deux bons gendarmes, revêtus de leurs uniformes, et agissant, comme disent leurs procès-verbaux, par ordre de leurs chefs, étaient allés chez lui, dans son magasin, procéder à l'enquête. Ils y avaient procédé avec une indiscretion aussi inconsciente, sans doute, que déplacée, en présence de plusieurs clients venus aux provisions. Ils avaient harcelé cet homme de questions sur l'état de ses affaires. Or, à ce moment, il était dans une phase critique. Son commerce allait bien, mais il avait besoin de crédit et de confiance, grâce à quoi il se tirerait d'affaire. Là-dessus, les langues du pays se mettent à marcher; des bruits de faillite n'avaient pas tardé à courir sur le compte de cet homme, et d'on allait même jusqu'à dire que, si les gendarmes étaient venus,

c'est qu'il s'agissait peut-être de faillite frauduleuse. Il était éperdu, je l'engageai à aller immédiatement parler de l'affaire au procureur de la République, qui n'eut pas de peine à comprendre la faute commise. Il se hâta d'intervenir, et fit donner aux bons gendarmes eux-mêmes la mission de couper court à tous les bruits fâcheux que leur intervention imprudente et leurs questions indiscrettes avaient fait naître.

Cette question, comme aussi la dernière, relative à l'opportunité de nommer un administrateur provisoire, ont toutes deux un autre même défaut, c'est que, pour le moment où elles sont posées, elles sont, dans la généralité des cas, absolument inopportunes.

Lorsqu'il s'agit d'aliénés dont l'internement se prolonge, ou pour lesquels d'emblée on peut prévoir que l'internement sera long, dans un certain nombre de ces cas, et je ne crois pas, quant à moi, que ces cas soient les plus nombreux, ces deux questions doivent se poser.

Mais si l'on considère que la plupart des individus confiés aux établissements d'aliénés n'y resteront que peu de temps, parce que bon nombre d'entre eux guérissent ou s'améliorent assez vite, et que, même dans le cas d'incubilité, leurs familles se décident souvent à les reprendre au bout d'un court séjour, pourquoi donc enquêter si vite sur la situation de fortune de ces individus et songer à leur faire donner un administrateur dont la fonction doit cesser spontanément au jour de la sortie?

Cela montre péremptoirement que les questions sont intempestives.

Faut-il ajouter que, dans certains cas, les appréciations formulées dans l'enquête sont de véritables absurdités. J'ai vu qu'on y parlait de donner un administrateur provisoire à des femmes en puissance de mari, tout en ajoutant aussi à l'occasion que c'est le mari qui

pourrait bien être nommé administrateur, alors que, de par la loi, il l'est généralement de droit des biens de sa femme ; j'ai vu aussi qu'on parlait de donner un administrateur provisoire à des enfants encore à la charge de leurs parents, et n'ayant par eux-mêmes aucune fortune.

La question où l'on demande si on soupçonne une séquestration arbitraire est-elle bien utile à côté de celle où l'on demande si la folie de l'interné est certaine ?

Si, en effet, cette folie est certaine, il ne peut s'agir de séquestration arbitraire ; si elle n'est pas certaine, alors l'autorité judiciaire a une indication suffisante pour intervenir directement d'autre manière et élucider la situation.

Il est vrai que, pour certaines gens, le corollaire peut ne pas exister. Ainsi, dans cette même enquête que je citais tout à l'heure, après avoir dit que la folie n'était pas certaine, on ajoutait : « On ne soupçonne nullement une séquestration arbitraire. »

Mais pour les personnes mieux avisées, les troisième et quatrième questions du questionnaire donnent implicitement la réponse à la cinquième question.

De quelque côté qu'on le prenne, ce questionnaire est donc mal fait. Il ne faut pas craindre de dire et de répéter qu'il est par lui-même absurde, intempestif, suranné, tout en étant, dans ses effets, dangereux et malfaisant.

D'autres dangers, d'autres inconvénients, de vraies absurdités naissent de la manière dont les enquêtes sont faites et de ceux à qui elles sont confiées.

Voici, suivant les circonstances, comment les choses se passent :

Si le malade mis en traitement dans l'établissement d'aliénés est citoyen, le questionnaire est adressé au

commissaire de la ville ou de l'arrondissement urbain où se trouve la demeure du malade.

Dans quelques cas, qui ne sont pas, je crois, les plus habituels, le commissaire convoque à son bureau la personne qui a demandé le placement. Ce procédé serait peut-être celui qui donnerait lieu au moindre nombre d'inconvénients et de dangers et qui, notamment, parviendrait le plus aisément à obtenir que l'enquête fût vraiment confidentielle et discrète.

Mais que se produit-il alors? La personne convoquée arrive au bureau du commissaire à l'heure qui lui a été indiquée; elle y fait une station plus ou moins longue, parfois en compagnie d'individus dont la promiscuité n'est rien de moins qu'agréable. Elle attend, soit parce que le commissaire n'arrive que longtemps après l'heure qu'il a lui-même assignée, soit parce qu'il commence par faire d'autres besognes qu'il considère comme plus urgentes; heureux encore si, après une attente prolongée, la personne convoquée n'est pas invitée à revenir un autre jour. Il arrive d'ailleurs que le commissaire fasse questionner cette personne par son secrétaire ou par un agent quelconque, au lieu de la questionner lui-même; et alors, foin de la discrétion, de cette discrétion qui était la seule justification de cette manière de procéder.

Du reste, qu'il soit fait par le commissaire lui-même ou par un de ses agents, l'interrogatoire prend la même allure que celui d'un vagabond arrêté sur la voie publique. Quand ce sont des femmes qui sont ainsi convoquées, il leur arrive d'être humiliées, honteuses, et pour ainsi dire suffoquées de la manière dont les choses se passent.

Si le commissaire ne convoque pas à son bureau, il envoie un agent faire l'enquête au domicile ou aux alentours du domicile de la personne internée. Si cet agent est poli, discret, circonspect, assez bien élevé (il y en a

qui le sont), les choses peuvent se passer de manière convenable. Mais trop souvent il n'en est pas ainsi ; l'agent est aussi maladroit que mal élevé, aussi grossier qu'indifférent, aussi indiscret qu'inconvenant. Au lieu de s'adresser à la famille même du malade, il s'adresse au concierge, aux gens du voisinage, et provoque des commérages de toute sorte, tout en ne recueillant que des renseignements inexacts ou des indications insuffisantes. Il procède comme il ferait pour une affaire de délit. Il s'en rencontre qui vont jusqu'à la goujaterie. Un jour, une dame qui m'avait confié son mari atteint de paralysie générale, et qui l'avait fait avec le regret sincère de ne pas pouvoir le soigner elle-même, m'arrive tout éplorée. L'agent enquêteur qui s'était présenté chez elle lui avait parlé en gouaillant, et lui avait dit crûment que si elle s'était séparée de son mari, c'était peut-être pour faire la noce à l'aise. Plainte au procureur de la République. L'agent fut révoqué ; ce n'était que justice, et encore le châtimement était-il au-dessous de ce qu'il aurait bien dû être. Mais combien d'autres auraient dû être punis, qui ne l'ont pas été, et qui cependant n'avaient procédé de manière guère moins inconvenante !

Lorsque le malade habite la campagne, les choses se passent habituellement de manière un peu plus complexe. Le Parquet envoie son questionnaire au juge de paix du canton de la résidence de l'aliéné. Si les parents de celui-ci ont leur demeure voisine, il arrive quelquefois que c'est le juge de paix lui-même qui réunit les éléments de réponse, et, dans ce cas, mais non toujours, car il y a partout des maladroits ou des malveillants, l'enquête a des chances d'être vraiment confidentielle et discrète. Mais le plus souvent le juge de paix laisse le soin d'agir à son greffier, lequel à son tour passe la besogne à un clerc quelconque.

Si la famille du malade ne demeure pas dans la même commune que le juge de paix, celui-ci transmet le questionnaire, tantôt au maire de la commune, agissant comme officier de police judiciaire, tantôt à la gendarmerie du lieu, et c'est alors que les bons gendarmes revêtus de leur uniforme, comme nous les avons vus faire dans le cas que j'ai cité tout à l'heure, se mettent solennellement en campagne, éveillant par leur seule présence une curiosité indiscrete et malsaine, capables d'ailleurs de faire des gaffes par eux-mêmes.

Quelles garanties de compétence, de prudence, de perspicacité, de réserve et de discrétion peut-on attendre de la plupart des intermédiaires? C'est par eux principalement qu'éclatent dans toute leur lumière les inconvénients et les dangers des enquêtes en question.

Les uns les font à la légère, y mettant n'importe quoi. Ceux qui agissent ainsi sont presque les moins malfaisants et les moins dangereux. J'ai vu des réponses ainsi faites qui étaient rédigées de la manière la plus merveilleusement fantaisiste, comme si leurs auteurs eussent voulu se moquer de la besogne qu'on leur avait demandée, à moins qu'ils ne fussent des ignorants ou des imbéciles et que leur fantaisie ne fût due à leur ignorance ou à leur imbécillité. Je sais une enquête où tout ce qu'on disait semblait s'appliquer à un voisin du malade et non au malade lui-même.

D'autres les font, nous l'avons déjà remarqué, comme ils feraient des enquêtes relatives à des délinquants, des vagabonds, et choquent profondément ceux à qui ils s'adressent. Parfois aussi ces intermédiaires mettent leur mission à profit pour vexer ceux dont ils s'occupent, pour assouvir des sentiments d'animosité contre les personnes en cause; ils se complaisent à étaler ce qu'ils font et à en dénaturer la portée.

Il n'y a pas bien longtemps j'ai vu ainsi se produire

un fait des plus déplorables. Il avait fallu interner deux époux, le mari débile, à idées d'indignité, qui se croyait ruiné, et était porté au suicide; la femme perverse, à idées de persécution, encore plus persécutrice que persécutée. Elle s'appliquait entre autres choses à entretenir son mari dans ses idées de suicide. Ce fut le maire de leur commune qui fut chargé de l'enquête. Il était en mauvaises relations politiques avec le gendre de ces malades. L'occasion lui parut bonne d'être nuisible à celui-ci. Il convoqua de manière ostensible chez lui les habitants du village, et quand ceux-ci furent réunis il se complut à leur poser, en présence les uns des autres, des questions insidieuses, étrangères même à ce qu'il avait à rechercher, et tendant à mettre le dit gendre en mauvaise posture. Sa tentative, il est vrai, n'eut pas le résultat qu'il avait cherché. On trouva son procédé odieux : l'indignation contre lui fut le sentiment qui domina chez presque tout le monde. Mais le scandale fut tel que l'intéressé crut de son devoir d'adresser une plainte à l'autorité compétente. Le procureur général fit réprimander sérieusement cet individu, qui eût mérité autre chose que des réprimandes.

Ainsi, de quelque manière qu'elles soient faites, sérieuses ou futiles, discrètes ou indiscrètes, ces enquêtes risquent pour la plupart d'être nuisibles et malfaisantes.

Les inconvénients, les dangers, la malfaisance que nous venons de constater se résument en quelque sorte dans un mal qui leur est commun à toutes : c'est qu'elles violent gravement la discrétion, disons même le secret, que commandent toutes maladies, quelles qu'elles soient. Ici nous voyons se justifier pleinement les paroles que le ministre de l'Intérieur prononçait dans la discussion de la loi de 1838. Les aliénés et leurs famil-

les ont droit, aussi bien que n'importe quels autres malades, à ce qu'on ne divulgue pas inconsidérément leur maladie ; à ce que, par cette divulgation, on n'aggrave pas leur infortune. Le médecin, au regard des malades dont il a eu à s'occuper, est tenu au secret professionnel, et cette obligation est pour lui un des plus importants de ses devoirs. Mais belle affaire, en vérité, si en dehors de lui nul n'y est tenu ! Les enquêtes judiciaires peuvent s'en donner à l'aise ! Singulière conséquence !

La divulgation ainsi faite est d'autant plus coupable, que les erreurs et les préjugés en matière d'aliénation mentale sont encore multiples et profonds. Et cependant les progrès de nos connaissances ne nous font-ils pas reconnaître aujourd'hui que les cas sont nombreux, des maladies mentales étrangères à toute hérédité, à toute influence familiale, qui sont absolument transitoires, qui peuvent guérir sans amoindrir l'individu et qui ne l'empêchent pas, après sa guérison, de reprendre normalement sa place dans la société, tout comme s'il n'avait eu qu'une fluxion de poitrine, et de remplir convenablement ses devoirs sociaux ?

Parce qu'il aura fallu, à cause de la gravité et de la nature des manifestations de la maladie, placer dans un établissement spécial, asile public ou asile privé, ces malades qui n'auraient pu être soignés utilement ailleurs, ni être gardés ailleurs, faut-il donc qu'on ait le droit de donner plus de publicité à leur infortune ?

Quel que soit le lieu où ils sont soignés, leur maladie est partout la même ; elle n'a ni d'autres conséquences, ni d'autres effets, ni d'autre nature. Dans leur intérêt, dans l'intérêt de leur maladie, il faut que partout un voile discret enveloppe leur infortune. On a donc bien le droit de crier haro sur des procédés qui risquent d'y porter préjudice.

Si, malgré qu'elles soient nuisibles, ces enquêtes étaient vraiment utiles, cela pourrait plaider un peu en leur faveur. Mais, non, elles ne sont pas utiles, cela est certain.

Les magistrats qui les font faire n'en tiennent, la plupart, aucun compte, et j'en ai su plus d'un qui n'en prenait pas même connaissance. On les fait par habitude.

La lettre que la Préfecture envoie au Parquet pour informer celui-ci du placement d'un malade les déclanche automatiquement; elles vont, elle deviennent ce qu'elles peuvent, se comportant comme nous l'avons vu, et quand elles reviennent on les classe pour n'y plus penser jamais et sans en faire état.

Il m'est arrivé plus d'une fois jadis de chercher à avoir par elles des renseignements sur des malades qui m'avaient été confiés et dont il eût été important pour moi de connaître les faits et gestes avant leur internement; de ces malades qui, une fois internés se calment et paraissent devenir plus sages ou pour mieux dire moins insensés, capables de faire illusion, que leur famille me disait avoir fait du scandale et commis en public des actes nuisibles; j'aurais été bien aise de contrôler par les enquêtes ces dires de la famille. Au Parquet de Toulouse, où j'ai toujours trouvé pour cela bon accueil, on s'ingéniait à me les procurer. Ce n'était pas toujours facile, parce qu'on ne savait plus où on les avait mises et qu'on ne se rappelait plus leur contenu; et quand on me les remettait, il m'était aisé de constater leur vide et leur insuffisance. Je me souviens que dans l'une d'elles le bureau de police qui l'avait établie n'avait pu, disait-il, se procurer aucun renseignement certain sur la personne en question, alors que c'était précisément sur un rapport émané de ce même bureau que l'autorité administrative était intervenue, obligeant la famille à inter-

ner volontairement cette personne, que sans cela on aurait fait interner d'office.

Si nombre de magistrats ne tiennent pas compte de ces enquêtes, c'est qu'ils savent fort bien qu'elles sont mal faites, et qu'elles ne peuvent les renseigner utilement. Il m'est arrivé souvent, et il m'arrive encore, que le Parquet de Toulouse me communique celles qui concernent des malades placés chez moi, pour que je les mette au point, que je puisse les rectifier ou les compléter. Et je suppose qu'il doit en être de même à l'égard de tous les autres établissements, publics ou privés.

Je me suis demandé bien des fois comment il se fait que ces enquêtes dont l'inutilité est notoire et dont la malfaisance est certaine, puissent subsister encore aujourd'hui. J'en ai parlé maintes fois à qui de droit, et n'ai jamais obtenu réponse satisfaisante. En somme, il semble qu'on continue de les faire parce que c'est l'habitude, parce qu'en matière administrative les habitudes sont sacro-saintes, et que personne n'a le souci de prendre l'initiative de les changer. Peu important les déviations qu'elles ont pu subir, les modifications d'opportunité que le temps leur impose. Elles subsistent parce qu'elles sont. Un jour une circulaire ministérielle les a prescrites, et tant qu'une autre circulaire également ministérielle ne les aura pas supprimées, elles subsisteront jusque dans les âges les plus lointains. Tel le factionnaire qui, suivant la légende, était renouvelé depuis vingt ans auprès d'un banc dont on avait voulu protéger la peinture fraîche et qu'on y renouvelait toujours, faute d'ordre contraire, avec la même consigne, bien que la peinture se fût spontanément défraîchie.

Il est incontestable que l'autorité judiciaire, ayant à remplir une mission de surveillance sur les aliénés

internés et de protection sur leur fortune personnelle, doit prendre des moyens propres à l'accomplissement de cette mission, et chercher des renseignements utiles. Mais elle pourrait fort bien se renseigner d'autre manière.

Pour qu'elle fût renseignée sur l'opportunité de l'internement et sur la réalité de l'existence d'une maladie mentale, n'y aurait-il pas un moyen bien simple, du moins en ce qui concerne les établissements privés? C'est que le même médecin qui, aux termes de l'article 9 de la loi du 30 juin 1838, doit renseigner l'autorité administrative, renseigne en même temps l'autorité judiciaire. Le recours à un médecin, examinant directement la personne présumée atteinte de maladie mentale, n'est-il pas le moyen le plus direct d'une bonne constatation? Il est vraiment bizarre de voir que l'autorité judiciaire s'adresse pour cela à des gens qui n'y ont aucune compétence et qui ne parlent que par ouï-dire. Elle se comporte en cela avec autant de singularité, en vérité, que le ferait le médecin qui, pour constater l'existence d'une maladie pulmonaire ou d'une entorse, ausculterait non le malade, mais un voisin, et examinerait n'importe quel pied au lieu du pied malade.

Quant à ce qui est de l'intervention de l'autorité judiciaire pour la protection des biens des aliénés et la surveillance de leur fortune, il y a ici des distinctions importantes à faire.

D'abord ce n'est pas au moment où une maladie commence, et avant de savoir si elle ne sera pas bientôt guérie ou améliorée, qu'il convient d'introduire des tiers dans les affaires du malade; cette intervention prématurée peut avoir des inconvénients réels. Pourquoi ne songe-t-on pas à faire de même au début d'une fièvre typhoïde, par exemple? Et cependant il y a des fièvres typhoïdes dont les effets d'épuisement durent des mois.

D'autre part, pourquoi parler d'administrateur provisoire lorsqu'il y a auprès des malades des parents très proches, père, mère, mari ou femme, voire même, d'une manière générale, des enfants qui mieux que personne sauraient prendre des intérêts qui leur sont chers à eux-mêmes.

Ah ! lorsque la maladie est de longue durée, que la guérison est improbable, impossible, que l'internement, pour des motifs divers, doit se prolonger indéfiniment, c'est autre chose. Il peut convenir qu'alors l'autorité judiciaire prenne toujours connaissance complète de la situation, et fasse pourvoir à tous les éléments de protection utiles. Mais encore faut-il même alors tenir compte des proches parents qui peuvent être les meilleurs protecteurs des biens et de la personne de leurs malades.

Si les médecins des établissements d'aliénés, tant publics que privés, n'étaient point presque toujours frappés *a priori* d'une suspicion telle qu'on ne veut recourir à leurs informations que tout à fait en fin de cause, ne seraient-ils pas, sur bien des points de ce genre, les meilleurs auxiliaires ? Au bout de peu de temps ils connaissent les familles des malades et la situation de ceux-ci. Ils voient comment les choses se passent et ils sont suffisamment renseignés dans la plupart des cas pour donner à qui de droit des indications utiles.

Il m'est arrivé ainsi plus d'une fois de signaler au Parquet de Toulouse les cas qui devaient attirer son attention : ici, nécessité d'une interdiction, opportunité de la nomination d'un administrateur provisoire ; quelquefois, quoique très rarement, utilité de la nomination d'un curateur ; dans quelques cas, enfin, mauvaise gestion d'un administrateur provisoire ou d'un tuteur.

Mais ce n'est pas le lieu d'insister sur ces divers points et de les examiner en détail ; cela nous entraîne-

rait hors de notre sujet. Je devais cependant les indiquer pour montrer l'inopportunité habituelle, dans les enquêtes, de demander, dès le principe d'un internement, s'il convient de donner à l'interné un administrateur provisoire.

Tout ce que nous avons vu, peut se résumer en peu de mots : les enquêtes que l'autorité judiciaire fait faire au moment de l'internement des aliénés sont inutiles, intempestives, malfaisantes ; il importerait de les supprimer et d'y suppléer d'autre manière.

Ne conviendrait-il pas que les associations de médecins aliénistes, tant des médecins d'asiles publics que des médecins d'asiles privés, prissent la chose en main et réunissent leurs efforts pour obtenir, des autorités compétentes, un acte qui est tout entier dans l'intérêt des malades dont nous avons tous le principal souci ?

Ces enquêtes ne sont nullement prescrites par la loi. Une simple circulaire suffirait pour les supprimer et pour établir de meilleurs moyens d'information.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1913

Présidence de M. SEMELAIGNE, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Dupony et Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Laignel-Lavastine, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire;

2° Des lettres de MM. Lerat, Voivenel, qui remercient la Société de les avoir nommés membres correspondants;

3° Une lettre de M. Dario Valtorta, médecin du manicomme provincial de Côme (Italie), qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Chaslin, Ritti et Arnaud, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Les troubles du mouvement dans la demence précoce*, par M. Lucien Lagriffe;

2° *Les maladies paranoïdes; Contribution à la connaissance des tumeurs du thalamus*, par M. Erwin Stransky;

3° *Annales de la Société de Psychiatrie, de neurologie et de médecine légale de Buenos-Ayres*, pour l'année 1912, offert par son président, M. Domingo Cabred;

4° *L'Enfance anormale*, numéros de juillet, août et septembre 1913.

La revision de la loi sur les aliénés au Sénat. Nomination d'une commission.

M. le Président rappelle que la Société a jadis nommé une commission chargée d'étudier le projet de revision de la loi du 30 juin 1838, présenté à la Chambre des Députés. Cette commission n'a pas abouti. Voilà la revision de cette loi qui va être discutée prochainement au Sénat ; le rapport de M. le sénateur Paul Strauss a été imprimé et distribué. La Société ne pense-t-elle pas qu'il serait de son devoir d'ouvrir un débat sur ce projet ? N'y aurait-il pas lieu de nommer une commission qui, dans un bref délai, déposerait son rapport ?

Après un court débat, auquel prennent part plusieurs membres présents, la Société décide de nommer une commission composée de MM. Arnaud, Ballet, Briand, Colin, Fillassier, Marchand et Vallon, chargée d'étudier la question de la revision de la loi sur les aliénés, telle qu'elle a été posée par la Commission du Sénat.

Les délires de jalousie. Essai de classification. Valeur comparée des interprétations et des hallucinations dans la genèse de ces délires,

par MM. GEORGES DEMAY et LUCIEN LIBERT.

L'intéressante communication de M. Beaussart, faite à la séance du 30 juin dernier, nous a engagés à présenter à notre tour quelques considérations sur les délires de jalousie. Notre intention n'est pas d'envisager la question dans son ensemble, de passer en revue l'idée de jalousie au cours des différentes psychoses. Nous laisserons entièrement de côté les cas où les idées délirantes de jalousie, fugaces, mobiles, ne sont que l'élément accessoire d'un complexe symptomatique. Nous nous en tiendrons aux cas où, par leur persistance, leur durée, leur importance, elles constituent l'élément essentiel d'un délire systématisé. Afin de ne pas surcharger outre mesure ce mémoire, nous avons réduit le plus possible la part des observations, mais chacun des faits que nous avançons est appuyé sur des exemples que

nous publierons *in extenso* dans un travail ultérieur.

Une première distinction s'impose. Tantôt les idées délirantes de jalousie, quoique paraissant bien systématisées, affectent une évolution aiguë et sont symptomatiques d'une psychose dont les signes pathognomoniques s'affirment plus ou moins vite, tantôt il s'agit de délires à évolution chronique. Examinons successivement ces deux ordres de faits.

A. DÉLIRES DE JALOUSIE SYMPTOMATIQUES. — La plupart de ces délires sont à base d'interprétations, et rentrent par suite dans les *Psychoses interprétatives aiguës symptomatiques* étudiées par l'un de nous avec le D^r Sérieux dans un rapport présenté au Congrès de Gand (1). Les auteurs, dans ce travail, montrent, entre autres faits, qu'un véritable syndrome interprétatif peut apparaître au cours de toutes les psychoses et leur donner un aspect si particulier que le diagnostic se pose avec le délire d'interprétation. Il s'agit alors d'un état plus ou moins durable où l'éclipse du sens critique est due à un état de confusion ou encore à l'affaiblissement intellectuel. C'est ce syndrome interprétatif qui peut revêtir la forme d'un délire de jalousie dans beaucoup de psychoses. Nous l'envisageons ici chez trois catégories de malades : les alcooliques, les séniles, les intermittents.

1° *Délire interprétatif de jalousie des alcooliques.* L'existence d'un délire alcoolique de jalousie est un fait bien connu et que nous n'avons pas la prétention de découvrir après tant d'autres. Mais ce qui nous paraît remarquable, c'est que, dans l'alcoolisme, psychose toxique, où par conséquent les hallucinations devraient être toujours au premier plan, il puisse exister un délire de jalousie basé uniquement sur des interprétations délirantes. C'est là un point qui a été bien mis en lumière par M. Mignot et qui nous indique déjà — ce que nous verrons encore plus nettement en étudiant les délires essentiels de jalousie — que le délire jaloux est conditionné par des interprétations bien plus que par

(1) Sérieux et Libert. *Les Psychoses interprétatives aiguës symptomatiques*. Rapport au III^e Congrès international de neurologie et de psychiatrie. Gand, 20-26 août 1913.

des troubles sensoriels. « Tandis que, dans la plupart des délires de persécution alcooliques, dit M. Mignot (1), les phénomènes hallucinatoires contribuent pour la plus grande part à la production des idées morbides, dans le délire de jalousie ils sont accessoires et les conceptions délirantes ont pour origine de fausses interprétations. C'est un type parfait de psychoses à base d'interprétations délirantes décrites par Sérieux et Capgras.

« Au cours de l'alcoolisme chronique, des idées de jalousie peuvent acquérir un grand développement et s'organiser alors en un délire systématisé à base d'interprétations. Les ménages d'alcooliques sont souvent désunis par suite de la paresse et de la brutalité du mari; il arrive que la femme repousse le coït ou le subisse avec déplaisir; le buveur ne tarde pas à remarquer cette froideur, et il l'attribue à des idées coupables. Dès lors, son attention se fixe sur ce point : les événements journaliers les plus insignifiants et les plus contradictoires servent à confirmer l'état morbide : si la femme sort, elle va chez son amant; reste-t-elle à la maison, elle a donné un rendez-vous; soigne-t-elle sa toilette, elle cherche à plaire aux étrangers; se néglige-t-elle, elle veut dégoûter son mari. Des illusions nombreuses facilitent les interprétations : un malade reconnaissait sur le plancher les traces des orgies qui se faisaient chez lui, un autre s'assurait *de visu* de l'état des organes génitaux de sa femme, trouvait le vagin élargi et prenait pour du sperme des taches de leucorrhée, etc. »

Dans ce cas, le diagnostic se fait par la constatation des signes de l'intoxication éthylique. Souvent d'ailleurs, selon la remarque de M. Mignot, on trouve dans les caractères mêmes du délire des indications précieuses, telle l'absurdité des conceptions délirantes, traduisant l'affaiblissement intellectuel de l'alcoolisme chronique. Mais ce n'est pas là un fait général et le délire de jalousie des alcooliques peut, au contraire, se présenter avec une apparence de vraisemblance qui le

(1) Triboulet, Mathieu et Mignot. *Traité de l'alcoolisme*. Paris, 1905. Art. *Psychopathologie de l'alcoolisme* par R. Mignot, p. 313.

fait méconnaître de l'entourage et même des tribunaux.

Un caractère qui paraît spécial au délire de jalousie alcoolique, dans les formes subaiguës, c'est que ce délire est susceptible de s'éclipser pour reparaître ensuite, selon le processus étudié par Legrain (1). Remarquons avec Sérieux et Capgras, que par là le délire de jalousie alcoolique se distingue encore du délire d'interprétation dont la marche est continue et progressive. Voici un exemple particulièrement net de ce délire à éclipse :

OBS. I (2). — J... (Edouard) entre pour la première fois à l'asile de Villejuif, service de M. Pactet, à l'âge de trente-neuf ans, le 16 janvier 1906. Employé aux Halles, où il travaille avec sa femme chez un marchand de fruits, il a journellement l'occasion de faire des excès d'alcool et il le reconnaît lui-même. Il présente d'ailleurs des symptômes subjectifs et objectifs d'alcoolisme (cauchemars, tremblement des mains). En août 1905, il a eu pendant dix jours des crises épileptiformes qui s'expliquent suffisamment par des abus de vermouth et d'absinthe. C'est à partir de ce moment qu'il s'est mis brusquement à suspecter sa femme. Il s'est figuré qu'elle était la maîtresse de leur patron commun. Jamais il ne les a surpris; il n'a même jamais remarqué de gestes équivoques; il a constaté seulement que sa femme parlait souvent avec le patron et plaisantait avec lui. Plusieurs fois par jour, il s'élançait sur sa femme, la serrait violemment en lui reprochant sa conduite. Il ne semblait pas halluciné, mais avait des rêves au cours desquels il voyait sa femme le tromper et qu'il interprétait ensuite. A l'asile, sous l'influence du sevrage, les idées délirantes s'améliorent et J... est remis en liberté le 31 janvier 1906.

Il est interné une deuxième fois le 13 octobre 1912, dans les mêmes conditions qu'en 1906. Depuis le mois de juillet, il était de nouveau convaincu de l'infidélité de sa femme. L'amant supposé n'était plus leur patron, mais un voisin. Pas plus que la première fois, la conviction de J... n'était basée sur un changement d'attitude de sa femme à son égard, ni sur des gestes ou des paroles qu'il aurait surpris, mais sur l'interprétation de visites faites par sa femme à leur voisin. D'autre part, J... avait des cauchemars, se figurait que sa femme le

(1) Legrain. *Les folies à éclipse*, p. 108 et 112.

(2) Nous remercions MM. Pactet, Colin et Sérieux d'avoir bien voulu nous autoriser à publier les observations prises dans leurs services.

quittait pendant qu'il dormait. A son entrée à l'asile, J..., tout en ayant une certaine conscience de son état et en reconnaissant qu'il était malade, restait persuadé que sa femme l'avait trompé. Il présentait de l'agitation nocturne, du tremblement. Rapidement, les idées de jalousie s'atténuèrent et quand J... quitta l'asile, le 26 février 1913, elles avaient complètement disparu.

Troisième internement, 10 juin 1913. De nouveau, J... accuse sa femme de le tromper et reprend le thème de ses accès délirants antérieurs. Sa femme, dès qu'elle le quitte, se rend chez un de leurs colocataires avec qui elle a des relations; ils échangent entre eux des signes lorsqu'ils se rencontrent. L'internement est provoqué par les violences de J... contre sa femme et contre le voisin qu'il accuse de la débaucher et qu'il menace quand il le trouve sur son chemin. A Villejuif, J... se montre, comme précédemment, à demi conscient de son état, du caractère morbide de sa jalousie, mais il ne peut, déclarer-t-il, s'empêcher de faire des scènes à sa femme parce qu'elle est la maîtresse du voisin en question. Cette fois encore, les idées délirantes s'atténuent dès les premières semaines de l'internement. L'amélioration est telle que J... peut travailler le mois suivant dans un bureau de l'asile, et qu'il est mis en liberté le 6 septembre 1913.

2° *Délire de jalousie présénile*. — Victor Parant fils, dans sa thèse, a insisté sur le délire de jalousie comme manifestation initiale de la démence sénile. Il en publie six observations, concernant toutes des malades très âgés (soixante-dix à quatre-vingts ans), mais sans s'attacher spécialement à analyser le trouble intellectuel d'où dérive l'idée de jalousie des vieillards. Il admet, sans l'affirmer catégoriquement, la présence de troubles sensoriels. « Parfois, écrit-il, il y a des illusions, peut-être même des hallucinations de l'ouïe et de la vue. » Cette expression dubitative laisse place à toutes réserves sur l'existence d'hallucinations dans le délire de jalousie des vieillards.

Kraepelin, on le sait, a décrit chez les vieillards un *délire de préjudice*, basé sur des interprétations fausses, qu'il range parmi les psychoses d'involution.

Dans l'étude qu'ils en ont faite (1), M^{lle} Pascal et le

(1) M^{lle} le D^r Pascal et M. le D^r Courbon. Délire de préjudice présénile. *Encéphale*, 1906, p. 575.

D^r Courbon rappellent qu'après un début insidieux émergent peu à peu les idées de préjudice « qui peuvent être réparties en trois groupes distincts, suivant que le malade s'imagine éprouver du dommage, soit dans sa santé, soit dans sa propriété, soit dans son affection conjugale ». La plupart de ces idées délirantes reposent, à n'en pas douter, sur des interprétations exogènes ou endogènes.

Le nombre des idées de préjudice portant sur l'affection conjugale peut les placer, parfois, au premier plan du tableau symptomatique. Il existe, dans ce cas, un véritable délire de jalousie. « Le mari fréquente toutes les femmes qu'il peut; il fait de l'œil par derrière son journal à sa voisine, échange des regards entendus avec les jeunes filles qu'il rencontre, se commande une femme pour chacun de ses voyages, est en correspondance avec les amies de sa fille; les morceaux de billets trouvés dans la caisse à papier sont autant de pièces à conviction. La femme se lève sans raison pendant la nuit, soupire d'une façon bizarre, s'effraie au retour de son mari, perd des lettres compromettantes, etc.

« Si les illusions et les interprétations délirantes sont nombreuses, les hallucinations au contraire sont rares, et, quand elles existent, semblent ne jouer qu'un rôle secondaire. Le malade entend les menaces, les vantardises de ses rivaux, les cris de ses enfants qu'on maltraite, il voit une forme sombre s'allonger pendant la nuit contre sa porte, etc. (Pascal et Courbon). »

On peut donc rencontrer une psychose interprétative revêtant la forme d'un délire de jalousie et symptomatique d'un délire de préjudice présénile. Mais le diagnostic est relativement facile. La psychose se reconnaît aisément aux symptômes d'affaiblissement intellectuel concomitants, aux troubles de la mémoire et à la confusion habituelle des idées. Toutefois pour Sérieux et Capgras elle peut être transitoire. Ces auteurs ont soigné une femme de soixante-cinq ans dont le délire interprétatif, très actif pendant six mois, a complètement guéri.

3^o *Délire de jalousie dans la folie intermittente.* — Les idées de jalousie apparaissent assez fréquemment dans la phase maniaque de la folie intermittente. Elles

manquent le plus souvent de coordination ainsi que l'a noté Imbert. Mais elles présentent parfois une certaine systématisation et, dans ce cas, on peut se demander au début si on n'a pas affaire à un délire systématisé. De même dans la phase mélancolique, bien que, d'après Parant, le fait soit plus rare. Le diagnostic se fera dans tous ces cas surtout par l'évolution. Nous allons retracer l'histoire d'une malade chez laquelle nous avons observé un état interprétatif aigu, à forme de délire de jalousie, symptomatique d'une folie intermittente.

Obs. II.—G... (Alexandrine), âgée de quarante ans, entre le 18 avril 1912 à l'asile de Maison-Blanche dans le service de M. le D^r Sérieux. La malade est enfant naturelle; sa mère est morte en lui donnant le jour. Elle a été élevée par une tante maternelle. Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents personnels; elle n'a jamais été internée; mais si l'on en croit la malade elle a eu de fréquents accès d'énervement, suivis de périodes de grande tristesse. Il est facile de déceler chez elle un tempérament cyclothymique. En 1909, M^{me} G... a des ennuis avec le propriétaire de la maison où elle habite; elle devait devenir concierge de cette maison et son projet ne s'est pas réalisé. Son mari commence, à partir de ce moment, à ne plus être gentil avec elle; c'est que la concierge de la maison lui a monté la tête contre elle, et lui a sans doute vanté les charmes d'une locataire du premier étage, M^{me} S..., une femme de mauvaise vie. La rencontre a eu lieu dans la loge. Peu de temps après, M^{me} G... a des étourdissements, elle se sent lourde après les repas, elle a trouvé dans le couloir un papier vide sur lequel il y avait une étiquette rouge: sublimé. Précisément elle a remarqué au fond de son sucrier une poudre suspecte. Est-ce que son mari chercherait à l'empoisonner pour vivre avec sa maîtresse? Tous les soirs elle va chercher son mari à l'atelier, elle dévisage les ouvrières qui sortent en même temps que M. G. Un jour elle se précipite sur l'une d'elles; elle a cru reconnaître sa rivale. Parfois elle suit son mari dans la rue; elle se cache derrière un kiosque ou derrière une voiture pour l'épier. Pendant la nuit elle fouille dans ses poches pour tâcher d'y trouver des lettres de femmes. Croyant un jour tenir la preuve de son infortune, elle menace son mari d'une brique, puis prend un grand couteau dans la cuisine pour le frapper. Le mari ne doit qu'à une fuite précipitée de ne pas être blessé. Elle déclare à son mari qu'elle le tuera et qu'elle se tuera ensuite. Elle assigne la concierge chez le juge de paix, car elle l'accuse d'avoir détruit son intérieur. La malade est alors internée.

A l'asile elle se montre tout d'abord excitée; elle a de la logorrhée, revient sans cesse sur les ennuis qui lui sont arrivés. Il existe chez elle un état maniaque.

Au bout de quelques mois elle est calme; elle travaille au jardin de l'asile, mais elle garde toujours ses convictions délirantes. Elle croit que son mari l'a trompée avec M^{me} S... Il a beaucoup maigri, dit-elle, c'est le remords de sa mauvaise action qui en est cause.

Puis la malade devient déprimée et se montre particulièrement réticente. Néanmoins on peut savoir qu'elle continue à penser que son mari la trompe avec M^{me} S... Il vient la voir moins fréquemment que par le passé, il a par moments l'air absorbé, il semble, à d'autres, fatigué sans nul doute par ses excès vénériens. Il ne serait pas étonnant qu'il eût pour maîtresses les surveillantes des quartiers où elle se trouve, et que ces dernières lui fissent prendre du poison pour pouvoir plus facilement vivre avec leur amant. M^{me} G... est très nettement mélancolique. Elle demande qu'on lui verse enfin la dose de poison libératrice; elle pleure, elle gémit sans cesse, elle préférerait être morte; qu'attend-on pour la faire disparaître? C'est bien sa faute. Pourquoi n'a-t-elle pas obtenu la loge? On a dû la discréditer auprès de son mari, insinuer qu'elle buvait, qu'elle volait, qu'elle n'était pas honnête.

Puis tous ces phénomènes s'amendent. Elle reconnaît qu'elle a été malade, que son mari a été bon et prévoyant en la faisant traiter. Quant à M^{me} S... elle la laisse pour ce qu'elle est. Elle sort de l'asile, le 25 mai 1913, entièrement guérie.

B. DÉLIRES SYSTÉMATISÉS DE JALOUSIE A ÉVOLUTION CHRONIQUE. — Nous envisagerons maintenant les délires de jalousie qu'on pourrait appeler essentiels, par opposition aux délires symptomatiques. Victor Parant les divisait, en 1901, en délires du type Lasègue, délires secondaires et délires raisonnants du type Falret.

Une semblable classification ne répond plus à la nosographie actuelle. Présentement, la majorité des auteurs admettent le démembrement des psychoses à évolution systématique en délires d'interprétation et en délires hallucinatoires. Les délires de jalousie peuvent-ils rentrer dans l'une et l'autre de ces catégories? C'est la question qu'on est logiquement amené à se poser, et à laquelle M. Beaussart répond par l'affirmative.

Qu'il existe un délire de jalousie à base d'interprétations délirantes, cela ne saurait être, à l'heure actuelle,

contesté par personne ; et le fait n'est pas pour nous surprendre, si l'on considère que le jaloux est un interpréteur sans délire. L'un de nous a insisté (1) sur les interprétations dans les états passionnels, et montré qu'avec ces interprétations on se trouve à la limite qui sépare le normal du pathologique, limite qu'il paraît impossible de préciser dans l'état actuel de la psychologie et de la psychiatrie. La jalousie forme précisément un terme de transition. Entre la jalousie-passion et la jalousie-délire il est impossible de dresser une cloison étanche. On retrouve, chez le jaloux sans délire comme chez l'interpréteur délirant, la même observation passionnée des faits et gestes de la personne soupçonnée, les mêmes procédés, souvent puérils, pour tâcher de la surprendre en faute, les mêmes raisonnements de justification. On conçoit que, sur un terrain prédisposé, peut se constituer, par un mécanisme identique, un délire de jalousie. Aussi bien, avant qu'ait été établie l'autonomie du délire d'interprétation, on a publié de nombreuses observations de délires de jalousie qu'on rangerait aujourd'hui dans ce cadre. C'est ainsi que la description de Bombarda (2) démontre surabondamment qu'il s'agit, dans les cas analysés par lui, de délire d'interprétation. Il en est de même de plusieurs observations rapportées par Parant. On sait enfin que Sérieux et Capgras (3), étudiant la nature des idées délirantes dans le délire d'interprétation, distinguent sept types de délire, dont le délire de jalousie. « Les idées de jalousie s'associent souvent dans le délire d'interprétation, déclarent ces auteurs, aux idées de persécution, dont elles préparent parfois l'éclosion. Elles acquièrent, dans certains cas, une telle prépondérance qu'elles donnent à la psychose une couleur spéciale... Les interprétations se ressemblent chez tous les jaloux : elles portent principalement sur les moindres

(1) Lucien Libert. Valeur sémiologique du syndrome interprétation en pathologie mentale. *Encéphale*, décembre 1912.

(2) Cité par Victor Parant. *Les délires de jalousie*. Th. de Paris, 1901.

(3) P. Sérieux et J. Capgras. *Les folies raisonnantes*. Paris, Alcan, 1909, p. 110.

gestes du conjoint soupçonné. Celui-ci a-t-il l'air fatigué? c'est une preuve d'adultère; l'air gai? il arrive d'un rendez-vous. Un regard, un mouvement des sourcils, des lèvres ou des doigts sont autant de signes révélateurs; de même, les sourires ou les pleurs. Prononce-t-il le nom de l'amant supposé? le timbre de la voix ne laisse aucun doute; le répète-t-il souvent? c'est « pour s'exercer à l'entendre en public sans rougir »; s'il cesse de parler, on en devine le motif. Dans la rue, le jaloux croit que les passants se moquent de lui; on fait mille allusions à son malheur; on a l'air de le prendre pour un mari complaisant. Certains en arrivent à douter de la légitimité de leurs enfants. Plusieurs, convaincus de l'infamie de leur conjoint, s'imaginent qu'il cherche à les empoisonner, à les rendre fous, à les faire disparaître pour se livrer librement à la débauche.

« Le plus souvent, les jaloux choisissent l'amant prétendu dans leur entourage : c'est un voisin, un ami ou même leur frère. Dans quelques cas, le malade n'est pas seulement jaloux des hommes, mais aussi des amies de sa femme qu'il accuse d'inversion sexuelle. Une femme conserve le linge de son mari comme pièce à conviction : il porte des traces d'infamie; aujourd'hui, la chemise est tachée dans le dos : c'est donc un pédéraste; le lendemain, ces souillures n'existent plus : de passif, il est devenu actif. Elle raconte tous les faits avec une précision et une minutie de détails telles qu'elle fait partager son délire à sa fille (Régis). »

L'existence d'un délire de jalousie à base d'interprétations délirantes est donc suffisamment établie pour que nous nous dispensions d'y insister davantage. Par contre, l'évolution de ce délire mérite de retenir notre attention. On sait que l'un des caractères principaux du délire d'interprétation est la tendance à l'extension, au rayonnement. Le délire interprétatif de jalousie n'échappe pas à cette règle. Mais il nous semble que cette extension du délire peut se faire suivant deux modes différents.

Tantôt les interprétations délirantes, d'abord limitées aux idées de jalousie, rayonnent dans d'autres directions, principalement vers les idées de persécution. Le malade, certes, reste un interpréteur jaloux,

mais il n'est pas que cela. Son délire, tout d'abord limité aux idées de jalousie, se généralise. Tous les auteurs qui ont étudié le délire de jalousie ont noté cette extension. Parant a insisté particulièrement sur le passage des idées de jalousie aux idées de persécution. Sérieux et Capgras observent que, dans le délire d'interprétation, « il est exceptionnel de rencontrer un type absolument pur. Généralement, deux idées directrices s'associent par contraste ou par ressemblance, et il existe une foule de nuances au point de vue de leur importance réciproque... L'idée de jalousie reste rarement isolée ; elle n'est, en général, qu'une forme revêtue par l'idée de persécution » (1).

Mais, à côté de ces cas, il en est d'autres où le délire de jalousie progresse uniquement sur le terrain des idées de jalousie. Il y a progression, extension dans un sens unilatéral. Le jaloux croit, au début, que sa femme le trompe avec un seul individu ; peu à peu, les amants de sa femme se multiplient. Il les retrouve dans les milieux les plus différents. A l'asile même, s'il est interné, les infirmiers, les autres malades sont les amants de sa femme.

Nous donnerons ci-après une observation, à ce point de vue très remarquable, et montrant que le délire interprétatif de jalousie peut évoluer sans s'accompagner d'autres idées délirantes.

Obs. III. — H... (Jean) est fils d'un père alcoolique, jaloux, brutal, qui a été interné pendant quatre ans à l'asile d'Armentières, où il est mort. H... a eu neuf frères et sœurs, qui sont tous plus ou moins tarés. Son frère aîné est choréique, un autre frère est alcoolique. Le malade a eu trois enfants. L'un est mort de convulsions à l'âge de trois mois ; un autre est très nerveux (peurs nocturnes très vives jusqu'à l'âge de six ans).

En 1900, à l'âge de vingt-six ans, H... fait la connaissance d'une jeune veuve, M^{me} O..., qui devient sa maîtresse et qu'il épousera huit ans plus tard. Dès le début de cette liaison, le caractère jaloux de H... se manifeste. Il s'imagine que sa maîtresse le trompe, il lui fait des scènes violentes, si bien qu'elle le quitte à plusieurs reprises pour se réconcilier ensuite. En 1903,

(1) Sérieux et Capgras. *Loco citato*, p. 84.

H..., qui est serrurier, travaille en Seine-et-Oise; pendant deux mois, il ne peut revenir chez lui que du samedi soir au lundi matin. Sa maîtresse, croit-il, profite de son absence pour prendre un autre amant. Quand H... revient définitivement à Paris, il s'aperçoit que M^{me} C... sort souvent pour aller, dit-elle, voir sa sœur. En réalité, elle va retrouver son complice. Un soir, H... va au-devant de sa maîtresse; de loin, il l'aperçoit accompagnée d'un individu, mais quand il l'a rejointe, l'homme s'est éclipsé. H... a beau s'emporter, faire des menaces, M^{me} C... lui affirme qu'elle était seule. Une autre fois, H... revient de son travail, accompagné de sa maîtresse. Un monsieur passe près d'eux et fait un signe. H... se retourne : l'homme appelait M^{me} C... de la main. C'était probablement le même individu que précédemment; toutefois, H... ne peut l'affirmer, car il ne l'a pas reconnu.

Jusqu'en 1906, M^{me} C..., qui est couturière, travaillait au dehors. H... se décide à lui acheter une machine à coudre; ainsi, elle aura moins l'occasion de sortir, et, par suite, de le tromper. Mais c'est une précaution inutile. Bientôt, H... se persuade qu'il est trompé sous son propre toit. C'est ainsi qu'un jour, M^{me} C... descend, sous prétexte de faire un achat chez le marchand de vins. Pendant ce temps, un homme qui se tenait sur le trottoir d'en face rentre dans le couloir de la maison et donne sûrement un rendez-vous à M^{me} C... A la suite de ce fait, H... reste pendant trois jours chez lui à faire le guet. Sur ces entrefaites se présente un individu qui se dit commis voyageur. Il sourit à M^{me} C..., qui travaille à sa machine à coudre, et M^{me} C... lui rend son sourire. Cet homme est venu dans le but évident de coucher avec M^{me} C... H... entre dans une colère violente; brise une armoire à glace à coups de marteau; sa compagne fuit épouvantée, pour revenir quelque temps après.

En 1907, elle persuade à son amant de se rendre avec elle à la consultation de l'asile Sainte-Anne. Elle explique au médecin que son ami est très jaloux. Le médecin propose à H..., qui refuse, de rester quelque temps en traitement. H... croit que sa maîtresse a voulu se débarrasser de lui pour être plus libre. Les scènes de jalousie recommencent de plus belle. En juillet 1908, H... met sa maîtresse à la porte. Il l'avait attendue à une station du métropolitain. Quand il rentra, M^{me} C... était de retour et elle lui soutint qu'elle était bien descendue à la station où H... l'attendait. Ce dernier est sûr du contraire. M^{me} C... n'est pas sortie du métropolitain, et, pendant que H... l'attendait, elle rentrait accompagnée de son amant. H... chasse alors sa compagne qui est enceinte de deux mois; mais il regrette ensuite son acte, d'autant plus que M^{me} C... avorte

quelque temps après et est gravement malade à la suite de cet avortement.

H... épouse sa maîtresse en avril 1909. Une fille naît qui est mise en nourrice dans la banlieue de Paris. M^{me} H... va voir sa fille tous les dimanches. H... croit qu'elle en profite pour aller passer quelques heures dans un hôtel avec son amant. En mars 1910, elle devient enceinte. Or, H... avait eu soin, pendant tout le mois précédent, de ne pratiquer que le coït incomplet. M^{me} H... alla se faire avorter chez une sage-femme, il en est certain. En rentrant, elle se trouve mal et dit qu'elle était tombée dans l'escalier. Quelques mois après, H... rentre un soir de meilleure heure que d'habitude. En passant rue de la Bidassoa il aperçoit deux personnes qu'il distingue mal : c'était sa femme avec un monsieur. H... se trouvait en pleine lumière, sous un bec de gaz, et sa femme le reconnut de loin. L'individu qui l'accompagnait se sauva par un passage qui se trouvait juste en face. H... rejoignit sa femme ; elle lui soutint qu'elle n'était pas avec quelqu'un. H... la chassa encore une fois, et elle se réfugia chez sa sœur avec sa fille. Peu après, les époux se réconcilient à nouveau.

Pendant tout le cours de 1911, la jalousie de H... est à son paroxysme. Il interpelle dans la rue des gens qu'il ne reconnaît pas, se figurant qu'ils sont les amants de sa femme et qu'ils lui font des signes. Il quitte son travail pour revenir à la maison voir si sa femme n'est pas avec un amant. Dans le tramway, dans le métropolitain, il s'en prend aux voyageurs. Il frappe d'un coup de marteau un locataire de sa maison, toujours pour le même motif. Il en veut surtout à sa belle-sœur, qu'il accuse d'être complice de sa femme. Il en arrive à croire que celle-ci veut se débarrasser de lui. Après avoir mangé, il a eu des coliques. C'est donc que sa femme a mêlé aux aliments des substances toxiques. Il fait déshabiller sa femme dans la journée pour tâcher de trouver des preuves de son infidélité sur ses vêtements et sur son corps. Dans les journaux, on fait des allusions à son infortune. Chaque fois qu'il est question d'un mari trompé c'est de lui qu'il s'agit. Il se montre si brutal, que sa femme s'enfuit une fois de plus en septembre 1911. Alors, il se met à boire, lui qui était généralement sobre, et, sous l'influence de l'alcool, il fait des accidents hallucinatoires, passagers, sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir. Il se met à la recherche de sa femme, qui se cache, ne la trouve pas, se rend chez sa belle-sœur, qu'il accuse de favoriser les vices de sa femme et qu'il tue d'un coup de revolver.

H... est interné à Villejuif le 3 novembre 1911. A l'asile, les interprétations continuent, toujours limitées aux idées de jalousie. Ce sont les infirmiers du quartier où il se trouve

qu'il accuse d'avoir des relations avec sa femme. Quand elle vient le voir, il remarque qu'elle échange avec eux des signes.

Le 5 janvier 1912, il frappe l'un d'eux d'un coup de salière au visage. Changé de quartier, il porte bientôt ses soupçons sur un autre infirmier dont l'attitude lui paraît suspecte et qu'il menace. On le place alors dans le service du D^r Colin et de nouveau il se figure qu'un infirmier de ce service, V..., puis que les infirmiers B... et P... sont les amants de sa femme.

Il accueille cette dernière toujours d'une façon si hostile qu'elle finit par cesser ses visites. Alors, il lui demande à nouveau de venir. Depuis son entrée à l'asile, c'est-à-dire depuis deux ans, son attitude ne s'est pas modifiée ; il est seulement devenu réticent, dans l'espoir d'être mis plus facilement en liberté. Jamais nous n'avons constaté chez lui d'hallucinations. Une fois seulement ses interprétations se sont légèrement éloignées du thème habituel, tout en s'y rattachant d'une façon indirecte.

En décembre 1911, sa fille étant malade de la rougeole, il apprend que sa femme l'a retirée de l'hôpital. Le 13 décembre, il voit dans un journal le portrait d'une petite fille trouvée morte à Passy. Il reconnaît sa fille et en infère que sa femme l'a fait étrangler par deux infirmiers, ses amants.

Voilà donc, chez un homme de trente-neuf ans, un délire interprétatif de jalousie qui évolue depuis une dizaine d'années et qui est resté limité aux idées de jalousie. Alors que, dans certains cas, il existe un polymorphisme des conceptions délirantes, qu'aux idées de jalousie succèdent les idées de persécution, ou que ces différentes idées s'associent avec des idées érotiques dans le même thème délirant, il peut donc arriver que le délire ne s'écarte point de sa route primitive, qu'il évolue toujours dans le sens des idées de jalousie et qu'il se montre remarquablement pur de toute addition étrangère.

Et maintenant existe-t-il un délire de jalousie hallucinatoire ? Il importe de bien préciser le problème. Il convient tout d'abord d'éliminer soigneusement les cas où les hallucinations peuvent dépendre d'un élément toxique. D'autre part, pour que l'on puisse parler d'un délire de jalousie hallucinatoire parallèle au délire interprétatif et s'opposant à lui il faudra que l'hallucination ait dans l'édification de la psychose la même importance qu'avait l'interprétation dans le deuxième cas. Il faudra que ce délire soit conditionné par l'hallucination, de

même que le délire de jalousie interprétatif dérive de l'interprétation. Or, nous n'avons jamais rencontré dans nos observations personnelles, ni dans la littérature, d'exemple d'un délire de jalousie véritablement basé sur des hallucinations indépendantes de tout phénomène toxique. Nous ne pouvons songer à faire ici la critique de tous les faits publiés ; nous examinerons seulement les plus caractéristiques, c'est-à-dire l'observation récente de M. Beaussart et les cas relatés dans la thèse de Parant.

Prenons tout d'abord l'observation que M. Beaussart nous présente comme type de « délire hallucinatoire systématisé de jalousie où des influences toxiques n'entrent nullement en jeu ».

Remarquons que ce délire débute uniquement par des interprétations. Les troubles sensoriels, qui nous paraissent d'ailleurs plus rares que M. Beaussart ne l'admet et qui, pour quelques-uns d'entre eux, peuvent être réduits à des interprétations délirantes, les troubles sensoriels n'ont apparu que plus tard et à l'occasion d'excès alcooliques qui provoquent un épisode onirique. Certes, les hallucinations ont persisté par la suite, mais est-ce une raison pour admettre, comme le fait M. Beaussart, que le seul rôle qu'ait joué l'élément toxique est celui d'un agent exacerbant ? Le délire paraissait bien constitué quand sont apparues les hallucinations, qui n'ont fourni à la pensée délirante qu'un nouvel élément de conviction. Mais on ne peut dire que les hallucinations aient vraiment conditionné le délire, d'autant plus qu'elles se mêlent ici à des interprétations. Il n'est pas illogique de penser que, chez le malade en question, le délire aurait suivi son évolution sans adjonction de troubles sensoriels si la cause toxique n'était pas survenue.

D'autres faits peuvent nous aider d'ailleurs à interpréter celui qui précède et à prendre une notion précise du rôle accessoire des hallucinations en pareil cas. Ainsi, le malade H..., dont nous avons relaté plus haut l'observation, a présenté, lui aussi, à la suite d'excès de boissons, un épisode hallucinatoire de courte durée, au cours duquel il a commis le meurtre qui a amené son arrestation. Or, chez H..., les hallucinations se sont,

pour ainsi dire, modelées sur le délire antérieur. H... s'est cru poursuivi et menacé par les amants de sa femme. On touche ici du doigt la dépendance étroite où se trouvent les hallucinations vis-à-vis du délire primitif. Ce ne sont pas les hallucinations qui conditionnent le délire, c'est le délire qui conditionne les hallucinations. Chez le malade de M. Beaussart, il en a été de même. Pourquoi, dans ce dernier cas, les hallucinations ont-elles persisté? Un rapprochement s'impose entre ce phénomène et l'éclosion de certains délires post-oniriques dans lesquels l'élément toxique ne fait que développer des tendances préexistantes. Quoi qu'il en soit, l'observation qui nous occupe ne peut être considérée comme un exemple typique de délire de jalousie hallucinatoire, puisqu'il y a eu, à un moment donné, action d'une cause toxique. D'autre part, ce délire n'est pas resté délire de jalousie pur; il a évolué vers les idées de persécution, et il semble bien qu'il y ait ici un lien entre l'apparition des hallucinations et l'extension du délire, nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

Les observations de Parant sont-elles plus démonstratives? Sur les cinq cas de délires systématisés de jalousie, étudiés par cet auteur, il n'en est que deux où sont relatés des troubles sensoriels (obs. XI et XII). Dans le premier, il n'est pas question d'hallucinations auditives ou visuelles, mais d'hallucinations du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale. Or, il nous semble excessif de parler d'hallucinations du goût, parce qu'un malade qui souffre de troubles gastriques et de vomissements, déclare qu'on lui a mis une substance toxique dans ses aliments, et de parler d'hallucinations de l'odorat, parce que ce malade a senti *une fois* l'odeur de sperme en entrant dans sa chambre. Il s'agit évidemment ici d'un délire d'interprétation typique. Quant à l'observation XII de Parant, elle a trait à un alcoolique chronique qui ne présente d'ailleurs que des hallucinations élémentaires.

En concluons-nous que l'existence d'un délire de jalousie est incompatible avec la présence de troubles sensoriels? Présentée sous cette forme, cette opinion pourrait paraître excessive, d'autant plus qu'en médecine mentale, rien ne saurait être absolu. Mais, en tout

cas, ce que montre l'examen des faits, c'est que l'hallucination n'est jamais primitive dans le délire de jalousie. On nous dira que cela est la règle dans les psychoses systématisées progressives, et qu'il existe toujours dans ce cas une première période d'inquiétude vague, d'interprétations, précédant l'apparition des troubles sensoriels. Mais ce qui nous paraît spécial au délire de jalousie, c'est l'importance que prend cette première phase, et en particulier l'interprétation, dans l'édification du délire, si bien que lorsque l'hallucination apparaît, le système est déjà constitué dans ses traits les plus essentiels. On sait qu'au contraire, dans les délires systématisés tels que le délire de persécution, la systématisation ne se fait généralement qu'à la seconde période et que l'hallucination y joue un rôle très important (1).

Il y aurait donc, à notre sens, une équivoque, un abus de langage à situer en face du délire interprétatif de jalousie un délire hallucinatoire. N'y eût-il là qu'une question de mots, elle a son importance. Dans le premier cas, l'interprétation est le phénomène essentiel, elle est la base même de l'édifice. Dans le second cas, l'hallucination, bien que phénomène extrêmement important en soi, n'est pourtant que secondaire quant à la constitution du délire.

D'autre part, si on examine les délires de jalousie où se rencontrent des troubles sensoriels, on ne peut manquer d'être frappé de ce fait que, lorsqu'apparaissent les hallucinations, il ne s'agit plus d'un délire strictement limité aux idées de jalousie, mais bien d'un délire de jalousie auquel se surajoutent des idées de persécution. Parant et Régis avaient déjà noté cette

(1) C'est là tout au moins l'opinion classique. On sait qu'elle a été battue récemment en brèche par M. Masselon qui, dans son article sur les délires hallucinatoires chroniques (*Encéphale*, 10 février 1912, p. 144) et dans des publications ultérieures, étend à tous les délires hallucinatoires chroniques l'explication que nous admettons pour les délires de jalousie où se rencontrent des hallucinations. M. Masselon considère d'ailleurs l'hallucination comme un phénomène de même nature que l'interprétation, et c'est là un point de doctrine que nous entendons laisser entièrement en dehors de ce débat.

fréquence des hallucinations à la période de délire combiné par rapport à la période de délire exclusivement jaloux. L'observation de M. Beaussart est aussi un exemple de ce fait qu'il nous a d'ailleurs été donné de constater nous-mêmes. Certes, cette évolution vers le délire combiné existe, comme nous l'avons vu dans les délires interprétatifs de jalousie. Mais nous avons montré qu'il y a des cas où le délire de jalousie à base d'interprétations évolue sans adjonction d'autres idées délirantes. Au contraire, quand les hallucinations apparaissent, il s'agit toujours, semble-t-il, d'un délire qui s'est étendu et s'est, en quelque sorte, effacé devant un délire de persécution.

C'est pourquoi il nous paraît logique de résumer les points principaux de notre étude dans les deux propositions suivantes :

1° Les interprétations jouent un rôle capital dans la genèse des délires de jalousie, qu'il s'agisse de délires symptomatiques (psychoses interprétatives aiguës) ou de délires à évolution chronique. En particulier, le délire de jalousie, quand il évolue à l'état de pureté, sans se combiner à d'autres idées délirantes, est le plus souvent un délire d'interprétation ;

2° Les hallucinations chez les délirants jaloux n'apparaissent que secondairement ; elles ne prennent qu'une part accessoire à la constitution du délire de jalousie ; elles indiquent au contraire que les idées de jalousie se sont estompées pour faire place aux idées de persécution.

DISCUSSION

M. TRÉNEL. — Je regrette que, dans leur revue d'ensemble, au moins au début, les auteurs n'aient pas fait allusion aux nombreux jaloux qui ne sont pas des délirants, mais des obsédés ; à ceux qui, n'ayant pas de preuves et n'interprétant même pas les faits qu'ils observent, ne peuvent se libérer de cette idée obsédante que leur femme les trompe : il y a là une variété de jalousie morbide constitutionnelle qui doit être placée à côté de la jalousie délirante proprement dite, et qu'il ne faut pas oublier, car les exemples en sont assez nombreux.

Quant au rôle des hallucinations dans les délires de jalousie, je ne sais s'il est important en dehors des intoxications : tous les jaloux hallucinés que j'ai observés, même dans les cas où le délire est devenu chronique, étaient des intoxiqués.

M. VIGOUROUX. — Cependant, il arrive fréquemment que chez les alcooliques l'idée de jalousie est le résultat d'une interprétation de certains troubles cénesthésiques par le procédé suivant : lorsque chez l'alcoolique la puissance génitale s'affaiblit et lorsque le plaisir sexuel devient moins vif, l'intéressé explique souvent ces modifications qui lui sont propres, par le fait que sa femme devient indifférente à son égard, ce qui laisse supposer qu'elle va chercher des satisfactions sexuelles ailleurs.

M. BRIAND. — M. Trénel a raison d'insister sur le caractère obsédant de la jalousie morbide, dans bien des cas où l'on parle trop aisément de délire de jalousie ; de nombreux jaloux sont en effet des obsédés, présentant des paroxysmes au cours desquels ils font suivre leur femme ; puis s'ils ne guérissent pas, du moins le paroxysme s'apaise, et pendant un certain temps ils sont moins préoccupés. Ils conviennent fort bien d'ailleurs, dans leurs entretiens avec leurs médecins, qu'ils n'ont aucune raison de soupçonner leur femme, si ce n'est qu'ils sont hantés par la crainte d'être trompés. Ce n'est pas là le caractère du délire.

M. DUFOUY. — Il existe cependant des délires de jalousie, au cours desquels les interprétations sont nombreuses et précises. Plusieurs d'entre nous connaissent bien ce malade que j'ai longuement observé à la clinique, il y quelques années, et qui émascula son propre fils dont il était jaloux. La conviction délirante persista après la mort de la victime et l'internement, et le malade considérait comme autant de preuves ses interprétations de jadis : il nous expliquait comment il recherchait dans le linge de sa femme les taches de sperme qui démontraient la réalité des relations de celle-ci avec leur fils.

M. DEMAY. — Si nous n'avons pas insisté davantage sur les jalousies obsédantes, c'est parce que notre but, à M. Libert et à moi, était d'examiner la valeur sémiologique de l'idée délirante de jalousie, puis de

montrer l'importance de l'élément interprétatif dans les délires systématisés et chroniques où l'idée de jalousie constitue le symptôme capital et même unique.

**De l'anorexie mentale
comme prodrome de la démence précoce,**

par M. ROBERT DUBOIS, interne des hôpitaux.

Pendant notre internat à la Salpêtrière (1911-1912), nous avons souvent entendu notre maître, le Dr Séglas, attirer notre attention sur la signification clinique et le pronostic lointain de cette forme d'anorexie qu'on a distinguée de l'anorexie hystérique sous le nom d'anorexie mentale (Sollier).

C'est aujourd'hui une note classique que cette anorexie mentale peut quelquefois entraîner assez rapidement la mort du malade par dénutrition ou tuberculose, et nous avons eu l'occasion d'en voir un bel exemple pendant notre passage dans le service. Plus ordinairement, la malade guérit de son anorexie; mais ce n'est là que la guérison d'un symptôme, et il serait intéressant de savoir ce que la malade devient par la suite. Or, à cet égard, nous n'avons guère de documents. En se fondant sur l'âge des malades, sur quelques particularités de l'état mental, sur les troubles menstruels accompagnant et même précédant souvent l'anorexie, M. Séglas tendait à faire rentrer l'anorexie mentale dans le cadre des psychoses hébéphréniques, opinion déjà esquissée par M. Régis, qui, au Congrès de Bordeaux, avait rapporté cette forme d'anorexie à la période de nubilité, et plus nettement formulée dans la thèse toute récente de son élève M. Noguès. De là à penser que l'anorexie mentale n'était peut-être, dans certains cas, que le premier acte d'une psychose pouvant se caractériser plus tard, même après guérison du syndrome anorexie, sous le type de la démence précoce hébéphrénique, il n'y avait qu'un pas. Et maintes fois notre maître nous avait engagé à chercher des observations assez caractéristiques pour permettre de contrôler cette hypothèse; c'est pourquoi nous publions aujourd'hui

d'hui l'observation suivante, qui, malgré ses lacunes forcées, nous paraît cependant devoir, sinon résoudre le problème, au moins être assez suggestive pour retenir l'attention.

Le 8 mai 1900, le professeur Raymond envoie à Saujon une jeune fille de seize ans accompagnée de ses parents qui remettent à mon père la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Je viens d'examiner M^{lle} X..., elle est atteinte d'*anorexie hystérique* et, en conséquence, d'une dénutrition excessive. Il est temps, grand temps d'agir. Je conseille etc.

La malade, qui se présente à l'examen, est très amaigrie. De 1^m, 65 de taille, elle pèse 32 kg. 500. La peau est sèche, rugueuse, le buste est voûté, la région épigastrique rétractée en cuvette.

La malade se plaint de souffrir à ce niveau et redoute le moindre effleurage de la main exploratrice.

Le visage est pâle, le front lisse, sauf un léger pli perpendiculaire au-dessus du nez. Ce pli, un regard fuyant, des lèvres faisant la moue donnent à la figure une expression maussade.

M^{lle} X... ne donne pas de raison précise à son refus de nourriture, elle se contente de répondre d'une façon très vague : « Qu'elle trouve bien inutile de manger, que cela la fait souffrir, qu'elle ne peut pas s'entendre avec sa mère ».

Celle-ci, qui paraît très douce et très affectueuse, ne comprend pas pour quelle raison sa fille se conduit ainsi : Aucun raisonnement, aucune observation de sa part ne peuvent décider l'enfant à manger, et cela dure depuis six mois !

Elle se nourrit seulement de quelques verres d'eau sucrée et de deux ou trois biscuits à la cuillère dans toute la journée. Elle n'a jamais été surprise mangeant en cachette, bien que ses parents l'aient surveillée à ce sujet.

A part une rougeole bénigne survenue deux ans auparavant, pas de maladie antérieure à signaler.

L'anorexie, ainsi qu'un certain changement de caractère sont survenus depuis six mois sans cause connue.

En même temps qu'elle refusait de se nourrir, l'enfant est devenue irritable et nonchalante : elle ne veut plus, par exemple, se coiffer seule et dit à sa mère qu'elle lui fait mal chaque fois qu'elle lui met le peigne dans les cheveux. Il y a lutte et scène pour arriver à la coiffer.

Durant son séjour à Saujon, elle est mise à l'isolement sévère, alitement avec une tasse de lait toutes les heures.

Les premiers jours, la malade se révolte; mais après deux ou trois jours de lutte, elle devient docile et elle absorbe régulièrement son lait jusqu'à concurrence de trois, puis de quatre litres par jour.

Au bout de quinze jours, elle a engraisé de 4 kilogrammes.

Le régime lacté et l'alitement durent un mois. Le caractère de la malade devient plus gai, elle demande à aller au parc jouer avec les autres fillettes de son âge, elle se lève, arrive peu à peu à manger comme tout le monde, vient à l'Établissement régulièrement, prendre deux douches par jour, et, après quatre mois de traitement, part, ayant engraisé de 13 kilogrammes, et ne présentant plus aucun des symptômes qui avaient déterminé son envoi à Saujon.

L'hiver suivant se passe bien, l'anorexie a complètement disparu, mais l'enfant a toujours un caractère difficile avec ses parents.

En juin 1901, un an après, elle a une fièvre scarlatine qui évolue normalement; mais, durant la convalescence, la malade est prise le matin à jeun de vomissements, de nausées qui persistent un certain temps.

D'autre part, la gaieté qui était revenue depuis la cure à Saujon disparaît: l'enfant devient négligente, apathique, désordonnée.

Le 23 juillet 1901, sa mère écrit: « Vous avez obtenu qu'elle se coiffe seule; comme elle le fait très mal et qu'elle n'est pas présentable ainsi, je lui ai offert de lui montrer.

« Elle refuse avec colère et en termes très impolis, à tel point que ni son père ni moi n'osons plus lui adresser la parole; c'est une colère perpétuelle.

« Nous agissons avec la plus grande douceur, ce qui ne l'empêche pas de nous maltraiter.

« Je veux bien convenir qu'elle a un caractère difficile, mais pour moi elle ne se rend pas compte de toutes les choses qu'elle fait. Ce qui en est la preuve, c'est qu'elle critique les jeunes filles qui se tiennent mal. »

A la fin d'août 1901, la malade vient passer un mois à Saujon. Elle s'y montre toujours négligée dans sa tenue, mal coiffée, et cela est cause de discussions fréquentes avec sa mère qui est venue avec elle; l'anorexie n'a pas reparu.

Elle part au bout d'un mois sans grande amélioration.

En janvier 1902, à la suite d'un rhume, toux nerveuse persistante; à cette époque la famille écrit: « Elle est en ce moment énervée comme jamais elle ne l'a été. Elle parle constamment et nous envoie promener, c'est une surexcitation continuelle. »

En 1903, elle présente une phase d'excitation violente avec

idées délirantes multiples dont l'une, dominante, est celle du mariage. Cet état nécessite son internement immédiat à l'asile de N... où elle reste juste un an. L'agitation avait duré trois mois, très intense, puis s'était atténuée et avait été suivie d'un état de dépression légère. A la sortie de l'asile, la malade était bien.

De 1904 à 1909, il n'y eut rien de particulier dans son état. Cependant, en la suivant de près, on pouvait s'apercevoir que son caractère se modifiait par périodes, suivant des alternatives de dépression et d'excitation, d'ailleurs peu marquées.

En août 1909, apparurent de nouveaux troubles mentaux, plus caractérisés. La malade cessa peu à peu de reconnaître les personnes qui l'entouraient, passa des mois sans prononcer une parole, refusant de prendre la moindre nourriture, ayant, de plus, une incontinence totale.

C'est dans cet état que, l'hiver suivant, elle fut internée à l'asile départemental de B... où elle est toujours, présentant depuis deux ans les mêmes symptômes. Le médecin de l'établissement a eu l'amabilité, dont nous le remercions vivement, de nous transmettre sur la malade les renseignements suivants (6 mars 1912) :

« Dans un premier certificat, j'avais constaté la dégénérescence mentale avec désorientation, indifférence, propos incohérents, agitation fréquente et gâtisme intermittent; j'ajoutais que tous ces symptômes me faisaient craindre l'évolution d'une *démence précoce*.

« Aujourd'hui, ce diagnostic me paraît malheureusement tout à fait confirmé. Rien de particulier au point de vue de la santé physique. »

DISCUSSION.

M. SÉGLAS. — L'observation de M. Robert Dubois est très intéressante parce qu'elle tend à attirer notre attention sur un des points les moins connus de la question, je veux dire l'avenir de l'anorexie mentale. En effet il est impossible de partager l'optimisme des auteurs qui déclarent n'avoir jamais observé d'insuccès, en face de statistiques relatant déjà 13 à 15 p. 100 de cas mortels. Sans doute, il est des cas qui guérissent, ou du moins la malade sort de la maison de santé, ayant augmenté de 10, 15, 20 kilogrammes et s'alimentant convenablement. Mais (ainsi que se le demande fort justement M. Noguès) est-elle guérie? Comme lui, je crois que c'est l'exception. Après l'anorexie, reste l'état mental

qui en a été l'origine; et cela nous explique déjà les récidives ou les cas chroniques (Sollier) avec rémissions et aggravations continuelles. Mais de plus on est en droit de se demander si, dans certains cas, cet état mental ne serait pas susceptible d'évoluer pour se caractériser sous des formes vésaniques quelconques, dont l'anorexie n'aurait été qu'un prodrome. Et parmi ces formes, qu'y aurait-il d'étonnant à rencontrer la démence précoce? Voilà déjà qu'aujourd'hui l'anorexie mentale tend à prendre place dans le groupe des psychonévroses hébéphréniques (Régis) et que déjà on a relevé chez les sujets, en même temps que l'anorexie, de l'apathie, de l'indifférence, du négativisme (Noguès), triade symptomatique qui se retrouve aussi chez les déments précoces. Même débarrassée de l'anorexie hystérique, l'anorexie mentale renferme encore, me semble-t-il du moins, des cas très dissemblables, que M. Sollier a déjà essayé de classer, et dont il serait intéressant de poursuivre l'évolution; et parmi eux, les cas limités dont parle M. Noguès dans sa thèse, se greffant sur des psychoses encore tout à leur début, qu'il importe de distinguer au point de vue du diagnostic, car ils sont encore d'un pronostic plus grave que les autres et peuvent nécessiter des mesures spéciales.

M. RENÉ CHARPENTIER. — La communication de M. Dubois est extrêmement intéressante, et il est certain que la notion de ces états d'anorexie mentale symptomatique du début d'une psychose hébéphrénique, manifestation de négativisme, tendent à assombrir encore le pronostic de ce syndrome.

Mais M. Séglas, dans le commentaire dont il vient d'accompagner cette observation, ne pense-t-il pas avoir fait ici ce tableau bien sombre? Ce pronostic, me semble-t-il, tient beaucoup au traitement, à sa durée, au milieu dans lequel vit la malade, puisque, le plus souvent, il s'agit de jeunes filles. Parmi les cas d'anorexie mentale que j'ai pu observer, j'en rappellerai deux qui me semblent intéressants à ce point de vue.

L'un concerne une fillette de quinze ans, anorexique, amaigrie, très gâtée dans sa famille qui l'admirait en tout et que les parents se décidèrent à grand'peine à confier à la maison de santé. Au bout de quelques se-

maines de traitement, elle mangeait bien, avait repris plusieurs kilogrammes. Cédant à ses sollicitations, les parents, malgré l'avis des médecins, la reprirent avec eux, recommencèrent à céder à tous ses caprices alimentaires ; l'anorexie recommença, l'amaigrissement suivit bientôt et l'enfant mourut plusieurs mois plus tard de méningite tuberculeuse.

Dans l'autre cas il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, fille d'un paralytique général, anorexique depuis environ deux ans, d'une maigreur effrayante. Elle pesait, nue, 24 kilogrammes et refusait de s'alimenter, « par coquetterie », disant qu'elle était « une petite nature » et ne serait plus jolie si elle engraissait. Elle quitta la maison de santé après un séjour de cinq mois et demi, en excellente santé physique et psychique, menant une vie normale et pesant 45 kilogrammes. Il y a de cela deux ans et demi. Elle pèse 48 kilogrammes et est très bien portante.

Ces deux faits viennent à l'appui de ce que je disais tout à l'heure. Pour guérir l'anorexie mentale, il faut un traitement suffisamment prolongé. Les anorexiques sont comparables à ce point de vue aux morphinomanes. Un morphinomane n'est pas guéri dès qu'il est sevré de son toxique. Il faut ensuite une période de calme, de surveillance, de traitement général et de rééducation psychique. Un anorexique n'est pas guéri aussitôt qu'il s'alimente normalement et qu'il a repris quelques kilogrammes. Il faut que son poids soit devenu au moins normal, que son alimentation soit bien régulière et que, en même temps que le traitement général, s'exerce sur lui une psychothérapie discrète, analogue à la rééducation psychique du morphinomane.

L'influence du milieu est capitale. Avant le retour de la malade, il faut préparer la famille au rôle qu'elle aura à jouer. Et la guérison de la malade tiendra d'autant mieux que celle-ci ne sera pas perdue de vue par son médecin. C'est ainsi que les choses se sont passées dans la seconde observation résumée plus haut, les circonstances favorisant des rencontres fréquentes entre le malade, la famille et le médecin.

Le pronostic immédiat de l'accès d'anorexie mentale est donc souvent favorable. Le pronostic à distance

est peut-être moins pessimiste que ne semble le dire M. Séglas. En effet, à côté de décès trop nombreux, des évolutions psychosiques dont M. Séglas vient de nous rapporter un cas très intéressant, il est un certain nombre de cas à évolution favorable. Il faut faire cependant cette réserve que l'anorexie mentale évolue sur un fonds névropathique sur lequel, dans l'avenir, pourront se produire d'autres manifestations identiques ou analogues. Cette réserve est commune à toutes les manifestations névro-psychopathiques.

M. DELMAS. — J'ai observé de l'anorexie mentale chez une fillette de cinq ans. Ce diagnostic d'anorexie mentale qui peut surprendre, étant donné l'âge de la malade, a été confirmé par l'évolution et par les effets de l'isolement. Si cette enfant devient un peu plus tard démente précoce, ce qui n'est pas invraisemblable, on ne devra cependant pas considérer qu'elle a présenté à cinq ans les premiers signes de négativisme.

M. ROGER DUPOUY. — La démence précoce évoluant presque fatalement sur un terrain constitutionnellement taré, il est logique de voir parfois survenir avant son apparition différentes manifestations névro ou psychopathiques. Et de ce qu'un dément précoce a présenté antérieurement à sa démence de l'anorexie mentale, l'on n'est pas absolument en droit de voir entre les deux ordres de phénomènes morbides un rapport de dépendance : la coïncidence me paraît plus probable.

Il importe, d'autre part, de ne pas englober sous la même étiquette d'anorexie mentale des faits aussi disparates que peuvent l'être, par exemple, l'anorexie hystérique et le refus d'aliments d'origine délirante ou démentielle.

Parmi ceux qu'il m'a été donné d'observer, j'en relève précisément un qui doit être actuellement pour nous le plus intéressant, parce qu'il se rapproche davantage du cas rapporté par M. Seglas. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-sept ou dix-huit ans qui manifestait depuis quelques mois une répugnance progressive à s'alimenter et que l'on m'a adressée, tout récemment, comme une anorexique mentale. Or, un examen minutieux a révélé qu'il existait chez elle d'autres signes de négativisme (mutisme intermittent, indocilité au travail.

opposition plus ou moins systématique à ce qu'on lui demandait...), et qu'on pouvait également dépister une certaine diminution de l'affectivité, de l'intelligence et surtout de la capacité professionnelle, jointe à un fond vaguement délirant. J'ai donc rejeté le diagnostic d'anorexie mentale et posé au contraire celui de refus d'aliments, symptomatique d'une démence précoce hébéphrénique à ses débuts.

Cette manifestation particulière, et qui peut être la première en date, d'un syndrome d'opposition dont la base est surtout démentielle, ne doit pas être confondue avec la véritable anorexie mentale qui me paraît se développer, à la faveur d'une émotion ou d'une idée fixe chez un sujet doué — à l'encontre des déments précoces — d'une hyperaffectivité pathologique.

M. JUQUELIER. — Si M. Dupouy a dû, dans un cas qu'il a observé, rectifier le diagnostic d'anorexie mentale et poser celui de démence précoce, cela justifie précisément que M. Séglas attire notre attention sur les difficultés possibles de ce diagnostic différentiel.

M. BRIAND. — L'anorexie mentale renferme elle-même des choses très différentes. M. Charpentier nous citait tout à l'heure l'exemple d'une malade anorexique par coquetterie qui dut suivre un traitement assez prolongé. Combien, par contre, sont plus nombreuses ces coquettes qui ne mangent pas pour rester minces, mais chez qui l'entêtement cède à la première menace de gavage.

La séance est levée à 5 h. 50.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

PROJET DE REVISION DE LA LOI DE 1838 SUR LES ALIÉNÉS VOTÉ PAR LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS ET SOUMIS AU SÉNAT.

Séance du 6 mai 1913.

M. GILBERT BALLEZ. — L'Académie ne s'étonnera pas que je me sois décidé à lui soumettre quelques observations, à mon sens nécessaires, au sujet du projet de revision de la loi de 1838 sur les aliénés voté par la Chambre des députés et actuellement soumis au Sénat. Elle comprendra qu'un projet de cette nature qui vise le régime applicable à une catégorie nombreuse de malades, sollicite l'intérêt des médecins : les objections dont plusieurs de ses articles me semblent passibles ne sauraient avoir plus de poids que présentées ici. J'ajoute que, par une heureuse circonstance, le président et rapporteur de la Commission sénatoriale chargée de préparer et de présenter le projet, est un de nos collègues, M. le sénateur Paul Strauss, et que, de ce fait, ce qui se dira ici pour ou contre la loi, a chance d'avoir plus d'influence sur la discussion et le vote du Sénat.

Une autre raison encore m'a déterminé à prendre la parole. Avant d'arrêter les termes de son rapport, la Commission du Sénat, dans un sentiment de prudence et de sagesse auquel je suis heureux de rendre hommage, avait cru devoir solliciter l'avis de quelques psychiatres ; notre collègue, M. Magnan, je crois, et moi-même avons été invités à déposer devant elle. Mais, depuis notre comparution, des circonstances fâcheuses, la mort du président, la non-réélection du rapporteur, y ont amené des modifications qui, je le crains bien, auront fait disparaître le souvenir des observations que nous lui avons présentées. C'est un motif suffisant pour que je croie de mon

devoir de rappeler ici quelques-unes de celles que, pour ma part, j'avais jugé opportun de lui soumettre.

Pour apprécier une loi relative au régime des aliénés, il importe d'avoir présent à l'esprit qu'elle doit être d'une part une *loi d'assistance*, puisqu'elle vise des malades, d'autre part, une *loi de protection sociale*, puisque quelques-uns de ces malades sont des malades dangereux. Il ne faut pas perdre de vue d'autre part qu'un certain nombre, je dis un certain nombre d'entre eux sont des malades différents des autres en ce que, inconscients de leur maladie, ils n'acceptent pas les soins dont ils ont besoin et protestent contre les mesures que ces soins nécessitent, d'où, dans leur intérêt même, la nécessité de les leur imposer.

Malades *dangereux*, contre lesquels il faut se protéger; malades *protestataires*, nettement et formellement protestataires, auxquels il est nécessaire d'imposer le traitement; malades susceptibles simplement d'*assistance*, voilà donc trois catégories dont la loi doit tenir compte : ce qui exige trois régimes différents. Soumettre aux mêmes formalités légales les malades des trois groupes aboutirait ou à défendre insuffisamment la société, ou à entourer de garanties insuffisantes l'atteinte obligée à la liberté individuelle ou à imposer sans nécessité, ce qui ne serait pas moins grave, des mesures vexatoires à des malades et à des familles dignes de pitié.

Tous, nous avons ici le souci de la sécurité sociale, tous, et les psychiatres comme les autres, nous avons le souci de la liberté individuelle, mais tous aussi, nous devons avoir le respect de l'infortune, la préoccupation de ne pas aggraver par des obligations légales, qu'aucun intérêt réel ne justifierait, la douloureuse situation des psychopathes et les ennuis de leurs proches.

A cet égard, le projet de loi soumis au Sénat est-il de nature à nous donner satisfaction ? C'est ce que je n'hésite pas à contester.

Certes, la loi de 1838 n'est pas parfaite. Ce n'est pas qu'elle se prête, comme on l'a dit, aux prétendues séquestrations arbitraires. Nous attendons encore que ceux qui, au Parlement ou dans la presse, en parlent si allègrement, apportent à l'appui de leurs affirmations d'autres exemples que les trois cités partout et qui (je ne veux pas rappeler les noms propres) visent un persécuté-persécuteur typique, un maniaque classique et une débile mentale avérée. Invités à donner des preuves, ceux

qui parlent le plus haut des internements illicites en sont d'ordinaire réduits à se dérober plus ou moins prestement, comme cet éminent écrivain, l'une des plus hautes illustrations de notre littérature (c'est pour cela que je le cite) qui, à une question indiscrète que je lui avais posée à la suite d'un de ses articles, me répondait : « Le ton de certitude que j'ai eu dans mon article, m'a été inspiré par le souvenir d'événements de famille que je ne tiens pas à publier, et que vous me permettrez de garder pour moi, au risque de passer pour avoir parlé sans documentation. » Je lui demandais des faits, je n'exigeais pas des noms.

Le vice de la loi de 1838 est ailleurs. Quelle qu'ait été l'intention de ceux qui la conçurent, en pratique et sauf dans quelques départements, particulièrement importants comme la Seine, on a fait d'une loi qui est à quelques égards une loi d'assistance, une loi de simple protection contre les aliénés gênants ou dangereux ; dans la plupart des asiles, en effet, il n'y a guère que des placements d'office, c'est-à-dire ordonnés par l'autorité publique. A ce point de vue, le projet soumis au Sénat marquerait un progrès réel. En effet, le paragraphe premier de l'art. 3 est ainsi conçu : « L'assistance et les soins nécessaires aux malades atteints d'affections mentales des deux sexes (il vaudrait mieux dire aux malades des deux sexes, atteints d'affections mentales), sont obligatoires. » Je n'ai pas besoin d'insister pour montrer combien cette rédaction est préférable, parce que plus humanitaire et plus philanthropique, à celle du projet voté par la Chambre et qui dit : « L'assistance et les soins nécessaires aux aliénés sont obligatoires. » La Chambre propose d'assister les seuls *aliénés*, la Commission du Sénat tous les malades atteints d'*affections mentales* ; les médecins ne se tromperont pas sur la différence : une loi qui viserait les seuls aliénés, deviendrait par la force des choses, comme celle de 1838, une simple loi de sécurité publique ; au contraire, une loi visant tous les malades affectés de troubles mentaux, est bien une loi d'assistance. Mais la Commission du Sénat a-t-elle vu où devait la conduire sa rédaction généreuse ? « Le texte nouveau, dit M. Paul Strauss, a pour principale innovation d'obliger le département à posséder un établissement public, ou de traiter avec un établissement public d'un autre département », au lieu qu'il puisse le faire avec un établissement privé, comme le permettait la loi de 1838. J'y vois une autre innovation d'une portée sociale très haute et, par consé-

quent, très louable. Ce ne sont plus seulement les délirants, redoutables à un titre quelconque pour la communauté, que l'asile pourra désormais recueillir, ce seront tous les malades atteints « d'affections mentales » de toutes formes, qui auront besoin d'être assistés et traités : malades affectés de confusion mentale toxi-infectieuse, mélancoliques, obsédés de toute nature, déments précoces inoffensifs, hystériques, d'autres encore. Médecin, je ne puis pas ne pas applaudir aux inventions généreuses de la Commission du Sénat qui, si elles se réalisaient, ce que j'espère, constitueraient, il ne faut pas se le dissimuler, un acheminement vers l'assistance obligatoire de tous les infirmes ou malades indigents.

Mais je demande à la commission du Sénat et à son éminent président, de ne pas reprendre d'une main ce qu'ils semblent vouloir donner de l'autre, et leur philanthropie serait un leurre, que M. P. Strauss me permette de le dire, s'ils mettaient à l'assistance des conditions inacceptables, pour ceux qui ne seraient pas contraints de s'y soumettre. Or, c'est, hélas, je vais le montrer, ce que fait le projet de révision proposé.

Je ne demande pas, pour les malades atteints « d'affection mentale », la mise en pratique actuelle de la formule que je crois fermement être celle de l'avenir, d'un avenir où l'on aura, pour les malheureux dont il s'agit et pour leur famille, plus de générosité. Cette formule, je l'ai dit ici : le *psychopathe aigu à l'hôpital, le psychopathe chronique à l'hospice ou à la colonie*. Les législateurs de 1838 n'avaient pas prévu qu'en poursuivant la construction des asiles, ils organisaient des sortes de léproseries et de maisons mal famées. L'asile ! cela vaut moins que l'hôpital, que l'hospice à quartiers séparés, dont le malade du moins peut franchir la porte sans qu'il en résulte une tare pour lui et sa famille. Mais je n'ignore pas que le moment n'est pas proche où l'assistance aux indigents sera assez générale, les hôpitaux et les hospices assez nombreux pour que les malheureux atteints de maladies mentales puissent y trouver place à côté, sinon au milieu des autres malades ou infirmes. Et je me tiendrais pour satisfait, confiant dans l'avenir, si je voyais se dessiner simplement une orientation dans ce sens.

Au demeurant, à défaut d'hôpital et d'hospice, l'asile vaut mieux que rien. Au moins, efforçons-nous de faire qu'il se rapproche de l'hôpital et de l'hospice plus que de la prison. Les médecins, par le no-restreint, par la suppression de la camisole et de la cellule, par l'alitement, s'y sont employés, et voilà que

le législateur nous menace d'un mouvement en sens inverse. Si le Sénat commet la faute, l'impardonnable faute de voter le projet qu'on lui propose, tel qu'on le propose, l'asile se sera rapproché de la prison.

Mon premier grief, mon gros grief contre ce projet, c'est qu'il admet pour les malades, sauf, je ne l'oublie point, tout au début du traitement, l'intervention de la magistrature et d'une décision judiciaire.

Je me hâte d'établir ici des distinctions nécessaires. La loi de 1838 remet à l'administration et au médecin le pouvoir, à mon sens exorbitant, de décider de l'opportunité de l'internement ou de la libération des aliénés délinquants ou criminels. J'estime qu'en cela elle a méconnu les principes de notre droit public. C'est à la magistrature qu'incombe la mission de prendre les mesures destinées à protéger la société : le médecin ne doit, il me semble, intervenir dans l'espèce que pour éclairer les magistrats. J'approuve donc sans réserve l'article 22 du projet qui restitue au tribunal le droit de décider si un malade délinquant est délinquant de par sa maladie (je préfère, je le dis en passant, cette formule à celle d'irresponsable, qui soulève bien des critiques), si le malade délinquant doit ou non être interné dans un établissement public ou bien dans un asile ou quartier de sûreté. L'article dit être interné *définitivement* : il serait mieux, qu'on me permette cette remarque, de dire être interné *jusqu'à nouvel ordre*, car il est possible que le malade guérisse et cesse d'être dangereux.

J'admets encore, et je la crois utile, l'intervention de la magistrature pour imposer un internement nécessaire à cette catégorie d'aliénés qui, inconscients de leur maladie, refusent d'accepter un isolement indispensable et protestent d'une façon formelle, continue et cohérente contre cet isolement. Je l'admets parce que la magistrature, aussi bien quand il s'agit d'un intérêt individuel que d'un intérêt social, me paraît avoir seule le droit de contraindre un malade qui ne veut pas s'y soumettre, à une réclusion qui, pour être médicale, n'en est pas moins une réclusion. Je l'admets aussi dans ce cas, parce que si un internement arbitraire était possible, c'est dans le groupe de pensionnaires d'asile dont je parle qu'on rencontrerait les victimes des séquestrations injustifiables : on ne peut, en effet, supposer un homme non malade, claustré dans une intention coupable, qui ne proteste, suivant les termes dont je me suis plus haut servi, d'une façon continue, formelle et cohérente. Mais les psycho-

pathes de cet ordre ne constituent, il ne faut pas l'oublier, qu'une exception.

A côté d'eux, il y a la masse des confus, des paralytiques généraux, des mélancoliques, des déments précoces, des maniaques même dont la maladie saute aux yeux des personnes les plus étrangères aux finesses de la pathologie mentale, qui ne protestent pas contre leur internement ou qui ne protestent qu'accidentellement, épisodiquement, comme le font certains malades des hôpitaux ordinaires que nous n'avons pourtant nul scrupule d'y maintenir quand leur santé l'exige.

Or, à ces malades qui sont le très grand nombre, le projet du Sénat, comme celui de la Chambre, impose les formalités les plus vexatoires et les plus odieuses. On devine qu'au parlement on n'a été haaté que par une seule préoccupation, bien chimérique préoccupation, j'ose l'affirmer, celle de multiplier les garanties contre les internements arbitraires. On n'a eu en vue que les bien portants. On n'a pas songé une minute aux malades eux-mêmes. En vain, pour faire accroire qu'il en était autrement, on a multiplié les déclarations susceptibles de faire illusion : « A quoi tend en somme la loi nouvelle ? écrit M. Dubief, rapporteur de la loi à la Chambre, dans son livre sur le régime des aliénés : d'abord, à ne voir dans l'aliéné qu'un malade ; à faire tomber le préjugé fâcheux et absurde qui fait de l'aliénation mentale une tare autre que celle de la tuberculose, du cancer ou de la syphilis ; en rapprochant l'hospitalisation des fous de celle de tous les autres malades... »

Fort bien ! Mais nous allons voir comment on propose de s'y prendre pour réaliser cette œuvre louable ?

Voici un mélancolique : depuis quelques semaines, il est triste, anxieux, s'accuse de méfaits chimériques, s'alimente mal ou pas, est hanté d'idées de suicide : qu'il soit pauvre ou qu'il soit riche, il est impossible de le garder à la maison ; il faut, comme on dit, le placer. C'est un accès qui va durer plus ou moins longtemps, trois, six, douze ou quinze mois, mais dont le malade sortira guéri et capable de reprendre ses occupations. Le traitement et la surveillance attentive que nécessitent son état ne sont pas incompatibles avec la discrétion désirable pour le malade, pour son avenir, pour sa famille, à moins que la loi ne fasse l'indiscret. Or, voici (article 7 du projet sénatorial) les pièces et formalités qu'on va exiger du malheureux pour le recevoir à l'asile ou à la maison de santé : 1° un certificat médical ? soit. Mais ce certificat qu'exige déjà la loi de 1838, en

ne demandant, ce qui est naturel, que la légalisation de la signature du médecin, si celle-ci n'est pas connue du directeur de l'établissement, ce certificat devra être, sauf urgence, visé par le juge de paix ou le commissaire de police. Voilà donc un fonctionnaire initié à l'infortuné de notre pauvre mélancolique; si cela se passe dans une grande ville, cela ne sera pas très grave, mais si c'est à Landerneau? et pourquoi exiger qu'un magistrat municipal soit d'emblée mis au courant d'une affection que ni le malade, ni la famille n'ont intérêt à rendre publique? « Afin, dit M. Dubief, de donner cette garantie première qu'il ne sera plus possible d'enlever un malade sans même que la famille le sache. » Grand merci pour la garantie première. Voyons les autres.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'entrée du malade, le directeur de l'établissement avise : 1° le préfet du département ; 2° le procureur de la République dans le ressort duquel l'établissement est situé ; 3° le procureur de la République dans le ressort duquel se trouve le domicile du malade. Je n'ignore pas que ces prescriptions figurent déjà dans la loi de 1838, et, comme on ne songe guère à atténuer ce que celle-là peut avoir d'excessif et de vexatoire, je serais mal venu à protester contre l'une des formalités qu'elle édicte. Cependant, je ne puis pas ne pas dire les grands inconvénients, démontrés par l'expérience, de l'avis donné au procureur de la République du domicile. Suivez notre mélancolique : il a quelques ressources ; pour ne pas compromettre son avenir, sa famille décide de le conduire dans une maison de santé éloignée de son arrondissement ; vaine précaution : le procureur de la petite ville est avisé sans délai par son collègue. Certes, il est respectueux du secret professionnel ! mais, dans les cabinets de procureurs de province, comme dans ceux des juges d'instruction de Paris, il y a des fissures, et toute la sous-préfecture ne tarde pas à savoir que notre malade est à Paris, à Lyon ou à Bordeaux, dans une maison de santé : son patron, car je le suppose employé, se hâte de prendre les dispositions pour le remplacer définitivement. Nouveau résultat de la loi protectrice.

Poursuivons : ici, le projet de revision innove. L'article 7, dit M. Paul Strauss, renferme une disposition d'une importance extrême. Je suis de l'avis de M. Strauss ; l'importance de la disposition en question est extrême à ce point qu'elle suffirait, à mon avis, si elle était adoptée, à vicier radicalement la loi, qui, par ailleurs, contient de bons articles, je me plais à le

proclamer. Cette disposition pose le principe de l'intervention judiciaire pour tout placement définitif : définitif est pris ici dans le sens d'opposé à provisoire et ne signifie pas placement qui n'aura pas de terme. Donc, « le procureur de la République, qui a l'établissement dans son ressort, saisit le tribunal du placement provisoire dont il est avisé. Le tribunal saisi a seul qualité pour rendre le placement définitif : il prend, à cet effet, une décision en chambre du conseil et basée sur les certificats médicaux délivrés par le médecin de l'asile, au cours d'une période d'observation qui ne doit pas dépasser six mois ».

Notre mélancolique est dans l'établissement depuis plus de cinq mois : le médecin, escomptant une guérison, possible d'un moment à l'autre en pareil cas, a sagement temporisé avant de requérir un placement définitif. Mais le voilà acculé à le faire par la loi ; le malade guérira dans deux, trois mois : cela importe peu, le tribunal intervient et consacre, par une décision judiciaire, la qualité, jusque-là provisoire, de notre malade de pensionnaire « définitif » d'une maison de « fous ».

Pour qui regardera les choses au point de vue purement juridique, l'inconvénient paraîtra mince. Mais, pour qui sait les légitimes préventions des malades et de leur famille, le souci qu'ils ont d'éviter la tare que comporte l'entrée dans une maison spéciale, dont la nature implique, pour ceux qui s'y font admettre, une sorte de déchéance et de déclassement définitif, il est aisé d'entrevoir tout ce qu'il y aura de blessant dans la formalité judiciaire qui constituera une consécration officielle de ce déclassement. Alors que les familles s'efforcent actuellement d'éviter les formalités relativement réduites de la loi de 1838, à plus forte raison chercheront-elles à se soustraire à ce jugement humiliant qui, à quelques égards, rappellera ceux qui ouvrent l'entrée des prisons.

Ni la Chambre, ni la commission du Sénat n'y ont pris garde. Dans leur souci de protéger les bien portants contre un péril imaginaire de séquestration arbitraire, elles ont perdu de vue l'intérêt des malades. Les parlementaires ont ignoré que quelques-uns d'entre eux seraient aujourd'hui injustement mais complètement disqualifiés si la loi qu'ils préparent eût existé au moment où les troubles généraux transitoires, dont ils ont été atteints et qu'on a pu dissimuler, ont nécessité des soins.

On nous dit que l'intervention de la magistrature, non seulement dans les cas exceptionnels des deux premières catégories

dont j'ai parlé, et où je la crois légitime, mais dans tous, est *unanimentement* acceptée.

Je ne puis pas ne pas m'élever contre une pareille affirmation. Cette unanimité du moins ne comprend pas les médecins, parmi lesquels se sont déjà produites des protestations que je me permets d'accentuer ici. On devine que le projet adopté par la Chambre et celui de la commission du Sénat ont été, encore bien que Sénat et Chambre comptent parmi leurs membres beaucoup de médecins, on devine, dis-je, que ces projets ont été inspirés par une conception théorique et fautive des malades atteints de psychopathies. J'aime mieux l'attribuer à l'ignorance des distinctions cliniques, excusable chez des législateurs, qu'à un manque d'humanité.

J'approuve la commission du Sénat quand, à la différence de ce qu'autorise la loi de 1838, manifestement défectueuse sur ce point, elle admet que le malade puisse lui-même, sans l'intervention d'une tierce personne, demander son admission dans un asile. C'est fort bien. L'article ajoute qu'avis du placement volontaire sera donné au préfet et au procureur de la République. « Mais, dit le rapporteur, il n'y a pas lieu d'aller au delà et d'exposer les malades à des indiscretions fâcheuses qui ne tarderaient pas à les éloigner des établissements. » Comment notre éminent collègue M. Strauss n'a-t-il pas vu que ce commentaire de l'article 9 constitue la critique sévère des formalités prescrites à l'article 7? Il réserve aux malades placés sur demande « les indiscretions fâcheuses » susceptibles de les éloigner des maisons de santé et des asiles. C'est faire ressortir les inconvénients, je ne veux pas dire l'odieux de ces formalités.

J'arrive à l'article 10, qui vise les psychopathes soignés dans leur famille. Je n'ignore pas que les tribunaux ont eu plus d'une fois à sévir contre des cas révoltants de séquestration à domicile. Les malheureuses victimes de l'égoïsme et de la cruauté familiales sont d'ordinaire des enfants arriérés ou idiots, des vieillards affaiblis ou déments. L'opinion publique s'indigne justement contre les actes de barbarie de certains parents dénaturés et il est légitime que l'on se préoccupe des moyens de les prévenir. Mais en tout, la mesure est nécessaire, et le mal serait pire que le remède si les moyens préventifs imaginés pour empêcher le retour de traitements odieux, qui, au demeurant, sont rares, devaient constituer une surveillance inutilement tyrannique de nombreux milieux familiaux, d'autant plus dignes

d'être respectés que le malheur y est entré. Or, le projet décide que chaque fois qu'un malade sera soigné chez lui, c'est-à-dire au domicile familial, passé six mois, l'autorité y fera son entrée : le conjoint, parent ou tuteur, devront aviser le procureur de la République et lui fournir un rapport sur l'état du malade. J'avoue que je ne vois pas sans appréhension cette menace d'une surveillance humiliante. Qui de nous ne partagerait ce sentiment en se rappelant les efforts et les sacrifices touchants dont nous sommes quotidiennement les témoins : l'abnégation d'une mère, d'une fille ou d'une épouse se consacrant pendant des mois et des mois à entourer de sa sollicitude une fille aboulique et obsédée, un fils dément précoce, un mari paralytique général, une mère mélancolique, s'attachant avec une admirable persévérance à défendre contre la maison de santé, dans la discrétion jusqu'ici respectée du home, ces êtres chers dont ils ont l'illusion de dissimuler ainsi l'infortune? Désormais, l'homme de loi pénétrera dans le sanctuaire inviolé. C'est grave. Êtes-vous sûr que les avantages compenseront les gros inconvénients de votre disposition législative? Ceux qu'elle atteindra seront ceux qui sont respectueux de la loi et dont on n'a guère à redouter qu'ils se livrent à des séquestrations à domicile. Les autres ne trouveront-ils pas le moyen de s'y soustraire? Je crois cette disposition vexatoire et inefficace. On ne se contente pas de punir, on présume le délit. C'est traiter les malades et leur famille plus mal que les apaches, qu'on ne place qu'après condamnation, c'est-à-dire après le délit, sous la surveillance de la haute police. Je m'indigne comme la commission du Sénat (est-il besoin de le dire?) contre les mauvais traitements et le manque de soins que subissent quelquefois, dans leur triste milieu, quelques malheureux malades. Mais ce ne sont pas tous des aliénés : je ne sais même pas si ce sont le plus souvent des aliénés. Il me semble que, pour surveiller quelques-uns et empêcher des actes regrettables, il y a, ne fût-ce que par le concours de la police instruite par la voix publique, d'autres moyens que ceux qu'on préconise. Ne va-t-on pas prendre un marteau-pilon pour écraser une mouche, quitte, avec cet eugin formidable, à blesser bien des gens?

Que si, pour échapper aux formalités vexatoires qui attendent les malades au domicile privé comme à la maison de santé, les familles (cela arrive souvent, même aujourd'hui) songent à l'exode vers un établissement de l'étranger, il leur faudra renoncer aussi à ce moyen d'entourer de discrétion leur infortune. La

vigilance de la Chambre et de la commission du Sénat a tout prévu : Article 12 : « Nul ne peut être conduit à l'étranger pour être placé dans un établissement recevant des aliénés, sans que la déclaration en ait été faite, avant le départ, au procureur de la République du domicile du malade; cette déclaration devra être accompagnée du rapport médical circonstancié prescrit à l'article 7. Tout Français qui, à l'étranger, provoque le placement d'un Français dans un établissement recevant des aliénés, est tenu de faire, dans le délai d'un mois à partir du placement, la déclaration de ce placement au procureur de la République du dernier domicile en France du malade. »

On ne peut pas mieux protéger les gens que ne le fait le projet de loi. Mais, vraiment, n'est-ce pas le cas de s'écrier : trop de sollicitude ! Je vois bien le mal que cette loi ferait ; les sentiments respectables qu'elle blesserait, les humiliations qu'elle imposerait à des malades et à des familles durement frappées. Je ne vois pas ce qui légitime des mesures aussi draconiennes. S'il y a des faits, qu'on les apporte ; mais qu'on ne s'imagine pas que pourraient tenir lieu d'arguments quelques périodes sonores sur les dangers courus par la liberté individuelle, quelques phrases archaïques sur les cabanons, qui n'existent plus, et sur les bastilles modernes, dont on propose de mieux fermer les portes au moment même qu'on dit vouloir les détruire.

Ce n'est pas dans cette direction qu'oriente l'esprit du progrès. Il exige qu'après avoir restitué à la magistrature ce qui lui appartient et n'appartient qu'à elle, nous nous efforcions de tenir aussi largement ouvertes qu'il est possible l'entrée et la sortie des asiles, que nous transformions ces derniers en hôpitaux ou hospices, où les mesures légales seraient appliquées individuellement suivant les exigences de chaque cas, mais non indistinctement et souvent sans nécessité à tous ceux qui en franchiraient le seuil. Pour parer aux abus, qu'il est aussi sage de tenir pour possibles qu'il serait regrettable de s'en inspirer comme s'ils devaient être la règle, des inspections des maisons de malades régulières, fréquentes, effectives, par une commission de deux membres associant la double compétence juridique et médicale, auraient, j'en suis convaincu, toute l'efficacité désirable. Ainsi serait à la fois sauvegardée la liberté des bien portants qu'on prétend menacée, et ménagés les intérêts des malades et de leur famille. La responsabilité des directeurs de maisons de santé, avec les sanctions sévères qu'ils encourraient

en cas d'atteinte flagrante à la liberté individuelle, suffirait à tout sans léser personne.

Je sais bien qu'il peut paraître chimérique de prétendre relâcher les prescriptions de la loi de 1838 à l'heure même où on parle de toutes parts de les resserrer. N'accusera-t-on pas de visées paradoxales ceux qui songent à transformer en maisons ouvertes ces léproseries modernes que sont nos asiles actuels ? Peut-être. Mais on en a dit autant de ceux qui ont parlé de supprimer les moyens de contrainte, et de ceux aussi qui ont préconisé l'alitement. Pourtant les moyens de contrainte n'existent plus et l'alitement fonctionne dans tous les asiles qui se respectent.

Sans regarder trop loin dans l'avenir, sans exiger de la Commission du Sénat qu'elle avance plus vite qu'elle ne le peut faire dans la voie du progrès, je lui demande simplement de ne pas lui tourner le dos en maintenant les regrettables aggravations que j'ai signalées et qu'elle propose d'introduire dans la loi actuellement en vigueur.

Messieurs, j'ai critiqué le projet de revision de la Commission du Sénat sans aucun parti pris. Je me plais à rendre hommage à certaines dispositions de ce projet, à celles notamment qui visent les aliénés dits criminels et la création d'asiles de sûreté. Si je n'avais craint d'abuser des moments de l'Académie, j'aurais présenté quelques observations à leur sujet, mais j'aurais surtout montré qu'elles marquent un progrès sur la loi de 1838. Toutefois, quel qu'ait été mon désir de louer les intentions des législateurs, je ne pouvais pas ne pas dire avec franchise quels sont les points sur lesquels ceux-ci me paraissent faire fausse route, alors surtout que le mal n'est pas définitivement consommé et qu'il dépend du Sénat de réformer, en ce qu'elle a de défectueux, l'œuvre de la Chambre et de sa Commission. Or, que le Sénat y prenne garde, si les observations que j'ai présentées sont fondées, la loi qu'on lui propose ne rajeunira pas l'ancienne ; comme on l'a dit, elle la vieillira.

Ce ne sera pas une loi de *progrès*, mais une loi de *recul*.

Ce ne sera pas une loi *médicale*, mais une loi *policière*.

Ce sera par surcroît une loi *antidémocratique*, car les riches trouveront peut-être le moyen d'échapper à certaines de ses rigueurs, les pauvres, non.

Pour la justifier, on a invoqué le vœu de l'opinion publique. Que les parlementaires se préoccupent de donner à celle-ci satisfaction, c'est dans quelque mesure leur devoir. Mais les méde-

ciens n'ont pas les mêmes raisons d'en tenir compte, ils doivent regarder avant tout de quel côté est l'intérêt des malades, de la masse des malades. Ils savent qu'on prête souvent à l'opinion des soucis qu'elle n'a pas, que d'ailleurs elle est singulièrement variable, qu'elle est à la merci d'un fait divers, plus ou moins bien rapporté par la presse qui se pique plus de célérité que d'exactitude, que, suivant les incidents du jour, elle est pusillanime ou féroce, que tantôt elle s'exalte pour la liberté individuelle, tantôt pour la sécurité sociale.

Qu'on arrive à l'émouvoir en agitant devant elle le spectre, d'ailleurs illusoire comme le sont d'ordinaire les spectres, des séquestrations arbitraires, ce n'est pas impossible; mais le Sénat aurait peut-être tort de perdre de vue que, si les mesures que sa Commission propose étaient adoptées, l'opinion, muable de nature, pourrait bien faire volte-face et s'élever, avec une indignation qu'on ne pourrait pas ne pas trouver légitime, contre les dispositions vexatoires et inhumaines dont l'Académie, et particulièrement notre excellent collègue M. Strauss, m'excuseront d'avoir fait la critique.

Séance du 27 mai 1913.

M. GILBERT BALLEZ. — J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, comme conclusion à la communication que je lui ai faite à la séance du 6 mai dernier, le vœu suivant :

« L'Académie de médecine,

« Considérant que le projet de revision de la loi de 1838 sur les aliénés, voté par la Chambre et actuellement soumis au Sénat par sa Commission avec quelques amendements de détail, astreindrait les malades, s'il était adopté, à des mesures humiliantes et vexatoires;

« Qu'il serait éminemment regrettable que des mesures de cette nature (intervention pour le placement d'une décision judiciaire, surveillance par le Parquet des malades à domicile, déclaration à l'autorité en cas de placement dans un asile à l'étranger) fussent inutilement imposées à tous en dehors des cas exceptionnels où certaines d'entre elles peuvent être légitimes;

« Emet le vœu que le Parlement ne vote le projet de loi en question qu'après une enquête approfondie susceptible de l'éclairer sur les modifications qu'il est nécessaire et humain d'y apporter. »

M. LE PRÉSIDENT. — Cette proposition sera discutée dans la prochaine séance.

Séance du 3 juin 1913.

M. LÉON LABBÉ. — La communication que M. Gilbert Ballet nous a faite à propos du projet de revision de la loi de 1838 sur les aliénés, voté par la Chambre des députés et soumis au Sénat, a pour conclusion un vœu demandant que le Sénat procède à une enquête avant de voter la loi en question. Je crois que l'Académie, si elle suivait notre éminent confrère, s'engagerait dans une voie nouvelle pour elle, et qui n'est pas de son rôle. Elle est une émanation du Gouvernement; elle est son conseiller, et je me demande si sa proposition serait bien accueillie du Parlement, auquel elle semblerait dire : avez-vous bien réfléchi ?

La loi qu'a critiquée notre collègue peut être tenue presque comme votée. Le Sénat en a délibéré en 1884, sous l'impulsion de Théophile Roussel, la Chambre a voté le rapport présenté par M. le D^r Dubief, ancien médecin en chef d'asile; il ne reste pour ainsi dire plus que quelques formalités sans importance à remplir au Sénat; dans ces conditions, l'Académie peut-elle suivre M. Ballet? Il demande une enquête, mais le Parlement l'a faite près du Conseil supérieur de l'Assistance publique. En tout cas, il ne me semble pas possible que l'Académie vote dès maintenant, et je demande, pour le moins, le renvoi du vœu de notre collègue à une Commission.

M. MAGNAN. — Sur bien des points, j'approuve les idées émises par M. Gilbert Ballet. Mais ce qu'a dit M. Labbé me touche, et je crois que l'Académie serait mal venue à intervenir dans un projet de loi encore en discussion devant le Sénat.

M. GILBERT BALLET. — J'ai le respect de la *forme*, et s'il était établi que le vœu que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie fût, à quelque égard que ce soit, anticonstitutionnel, je m'empresserais de le retirer, dussé-je, de la sorte, m'abstenir de protester contre un projet de loi qui, s'il était adopté, constituerait, à mon sens, un malheur public; le mot peut paraître gros, mais je ne le prononce pas à la légère; j'en ai pesé le sens et la portée. Je suis trop nouveau venu à l'Académie pour oser me permettre d'interpréter l'esprit de ses règlements. Toutefois, il me semble difficile d'admettre qu'elle n'ait pas le droit de donner spontanément son avis sur un projet législatif qui inté-

resse à un si haut degré et si directement toute une catégorie de malades. Je ne vois pas qu'en le faisant elle puisse être accusée de manquer d'égards vis-à-vis des pouvoirs publics. Si, dans l'espèce, un manque d'égards a été commis, c'est vis-à-vis de l'Académie, qu'on a négligé de consulter à propos d'un projet qui est essentiellement de sa compétence.

Notre éminent collègue, mon maître M. Labbé, vous a dit que l'enquête que je réclame avait été faite, que la revision de la loi de 1838 avait été discutée et votée par le Sénat en 1884, que le projet, sauf quelque formalité accessoire, pouvait être tenu pour adopté. S'il en était ainsi, je ne serais pas intervenu devant l'Académie, estimant que le temps est trop précieux pour le perdre en manifestations stériles. Mais il me semble que M. Labbé a commis ou un lapsus ou une erreur. Le projet Théophile Roussel, voté par le Sénat, il y a plus de vingt ans, et non sanctionné par la Chambre des députés, n'a aucune connexité directe avec celui récemment voté par la Chambre et pendant devant le Sénat. La Chambre haute est saisie par sa Commission, elle aura à voter après discussion; c'est parce que la discussion peut influencer sur son vote que je me suis permis d'intervenir ici et de signaler les vices, graves à mon sens, du projet qu'on lui propose.

Je me demande si ce n'est pas être plus respectueux du Sénat de lui signaler la voie dangereuse où on veut l'engager et de lui demander de réfléchir aux objections que le projet soulève que de le supposer capable de voter une loi à la légère. A la vérité, M. Labbé soutient qu'on a suffisamment enquêté. Où et quand? Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a été consulté, il est vrai, mais l'Académie, non. Je sais aussi que la Commission du Sénat a interviewé quelques psychiatres dont j'étais; mais j'ai des raisons de penser que le résultat de cette consultation a été nul et non avvenu par suite de la mort du président de la Commission et surtout de la non-réélection du rapporteur; dans ces conditions, est-ce trop demander au Sénat que de le solliciter de procéder à une enquête nouvelle avant de s'engager?

Je ne voudrais pas que l'Académie se prononçât sur mon vœu par surprise. J'ai attendu trois semaines avant de le déposer, afin qu'ici toutes les opinions aient eu le temps de s'exprimer. Personne n'a répondu aux critiques, pourtant, je crois, nettes et précises, que j'ai faites du projet de loi. Je n'ai néanmoins aucune raison de ne pas accepter, même avec

empressement, le renvoi de mon vœu à une Commission. Je me rallie donc à la proposition de M. Labbé, d'autant plus qu'elle est appuyée par M. Magnan, dont, je crois bien, les opinions sur le fond ne diffèrent pas sensiblement des miennes; il vient de le déclarer.

— L'Académie, consultée, décide qu'une Commission sera nommée à l'effet d'examiner la proposition de M. Gilbert Ballet. La nomination de cette Commission aura lieu à la prochaine séance, sur présentation du Conseil d'administration.

Séance du 10 juin 1912.

Nomination de la Commission. — Sur la proposition du Conseil d'administration, l'Académie désigne MM. Gilbert Ballet, Chauffard, Thoinot, de Fleury, Léon Labbé, Magnan et Paul Strauss pour faire partie de la Commission chargée de l'examen de la proposition de M. Gilbert Ballet concernant le projet de la revision de la loi de 1838 sur le régime des aliénés.

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1910.

Montpellier médical.

I. — *Un cas de chorée de Huntington*; par les D^{rs} Euzière et Pezet. Communication à la Société des sciences médicales de Montpellier, séance du 10 décembre 1909 (p. 116). — Les auteurs rapportent l'observation d'un malade atteint de chorée de Huntington chez qui l'influence du facteur hérédité est difficile à nier; en effet, sur deux générations, celle du malade et celle de ses parents, on trouve treize choréiques. Il semble que tous ou presque tous ces cas se soient accompagnés de troubles mentaux nettement accusés.

Le malade dont il est ici question est un instable psychique présentant des tendances au vagabondage, de la débilité des sentiments affectifs, de l'irascibilité morbide avec colères impulsives. L'affaiblissement intellectuel, les troubles du langage dus aux phénomènes choréiques-linguaux et labiaux, font penser à un cas de paralysie générale avec symptoma-

tologie motrice choréiforme ; cependant, l'examen approfondi montre qu'il n'en est pas ainsi et que seuls les troubles de l'attention sont en cause et exagèrent l'aspect démentiel.

II. — *Hémoglobinurie chez un paralytique général à la dernière période* ; par les D^{rs} Euzière et Pezet. Communication à la Société des sciences médicales de Montpellier, séance du 17 décembre 1909 (p. 162). — Le malade qui présenta de l'hémoglobinurie comme dernier acte de sa paralysie générale, était atteint de manifestations évidentes de méningo-encéphalite diffuse depuis deux années environ ; la misère physiologique et organique ne le cédait en rien à la déchéance intellectuelle. Ce fut la veille du décès que les urines, émises spontanément et celles retirées par cathétérisme, attirèrent l'attention par leur couleur presque noire, leur acidité et leur densité ; l'examen microscopique et spectroscopique confirma le diagnostic d'hémoglobinurie. La mort fut vraisemblablement causée par une congestion pulmonaire bilatérale.

Les auteurs, à propos de ce cas dont ils regrettent l'issue trop rapide et, partant, un examen qui aurait été plus approfondi, signalent les différentes observations qui concernent la production de l'hémoglobinurie dans la paralysie générale et mentionnent les divers mécanismes pathogéniques de ce processus hématologique.

III. — *Un cas de pseudo-paralysie générale par trouble de la nutrition* ; par le D^r Euzière. Communication à la Société des sciences médicales de Montpellier, séance du 14 janvier 1910 (p. 260). — Un débile physique et intellectuel, à la suite de privations, de préoccupations morales, présente peu à peu un complexus clinique qui est celui d'une paralysie générale typique : c'est ainsi que la physionomie exprime l'hébétude et la démence la plus profonde ; la parole est embarrassée, les réflexes exagérés, les pupilles inégales et paresseuses à la réaction lumineuse ; le malade est désorienté et accuse quelques idées de grandeur. Il est interné dans un état physique grave qui fait redouter une issue fatale à brève échéance. Contrairement à ces prévisions, une amélioration considérable survient en l'espace de quelques jours, au point que le diagnostic de paralysie générale qui, auparavant, semble évident, commence à paraître improbable. L'apparence démentielle du début se révèle comme de la simple confusion ; le malade dit « se réveiller d'un sommeil » et se souvenir très mal des différents endroits par où il est passé ; les troubles physiques s'améliorent, sauf l'inégalité

pupillaire qui est congénitale. En l'espace de trois mois, tous ces phénomènes morbides sont rentrés dans l'ordre, et le malade peut être rendu à la liberté. La ponction lombaire a été négative. Deux ans après, à la suite d'excès alcooliques cette fois, nouvelle crise de confusion mentale avec hallucinations, mais sans allure paralytique.

La différence étiologique entre les deux crises permet d'expliquer leurs différences symptomatiques. Pour l'auteur, dans les cas de confusion mentale d'origine infectieuse ou toxique qui simulent la paralysie générale, jamais cette simulation ne paraît plus complète que lorsque la cause étiologique est nutritive.

Gazette des hôpitaux.

I. — *Rôle de l'infection et de l'auto-intoxication dans l'attaque d'épilepsie*; par le D^r Gelma (n^o 38). — L'auteur a consacré à cette question une intéressante revue générale suivie d'une importante bibliographie. Les recherches et les observations accumulées montrent que, dans des cas de plus en plus fréquents, l'explosion des paroxysmes épileptiques est en rapport avec des phénomènes toxi-infectieux. L'on voit tour à tour incriminer l'action de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la fièvre puerpérale, de l'infection grippale, de l'érysipèle, de l'impaludisme, sur l'apparition des crises comitiales; l'on connaît, dans le même genre d'idées, l'importance de la syphilis. A côté de ces faits bien établis, il convient d'en rappeler d'autres, contradictoires en apparence, où l'infection exerce en quelque sorte une action suspensive sur les manifestations convulsives; plusieurs explications de ces derniers faits ont été proposées: la fièvre, favorisant la circulation, supprime l'anémie cérébrale cause des attaques; les toxines rendent inexcitables les cellules motrices; les toxines microbiennes neutralisent les poisons organiques convulsivants... Les poisons nés et retenus dans l'organisme ont la même action convulsivante que les toxines microbiennes, sur l'appareil cortical prédisposé. C'est ainsi qu'entrent en jeu, l'intoxication d'origine gastro-intestinale, la coprostase, l'helminthiase, la dyshépatie, cette dernière ayant une part contributive importante dans l'histoire de l'épilepsie alcoolique. L'intoxication d'origine rénale a été prouvée par de nombreuses constatations: hypertoxicité des urines pré-paroxystiques et hypotoxicité des urines post-paroxystiques;

hypoazoturie préparoxystique; prolongation et intermittence du bleu pendant les accès; variations du rapport azoturique. D'ailleurs, l'urémie convulsive est un exemple remarquable d'épilepsie par insuffisance rénale.

A côté de l'intoxication d'origine dyscrasique par trouble de la nutrition (arthritisme, diabète, goutte), se place celle qui relève des troubles de sécrétion glandulaire (thyroïde, surrénales, hypophyse, ovaires). La menstruation, la grossesse, la ménopause ont, dans certains cas, une influence indéniable sur la prédisposition convulsive.

La doctrine qui paraît assez bien rendre compte de la pathogénie des paroxysmes comitiaux est celle de l'hyperexcitabilité corticale constitutionnelle ou acquise, sollicitée par les causes précédentes.

II. — *La pression sanguine dans l'épilepsie essentielle*; par les D^s R. Voisin et Rendu (n^o 70). — Les auteurs ont effectué leurs recherches dans l'intervalle des crises et au cours des accès.

Dans l'intervalle des crises, en se plaçant pour chaque malade dans des conditions d'expériences identiques, les auteurs ont constaté que la pression sanguine était loin d'être toujours constante; chez le même malade, il existait des différences qui pouvaient s'élever jusqu'à 5 millimètres de mercure de l'appareil Potain. D'une manière générale, la pression était inférieure à la pression normale; sa moyenne était de 14 ou 15 millimètres et cet abaissement était, en proportion, plus marqué chez les adultes que chez les adolescents; il est à signaler que certains auteurs ont signalé l'action hypotension de l'ingestion répétée des bromures.

La question des variations que subit la pression sanguine du fait des accès épileptiques est des plus controversées. Les auteurs font remarquer que les résultats obtenus durant l'accès même doivent être réservés en raison des difficultés que l'on éprouve à toujours rester dans les mêmes conditions d'observation. Quoiqu'il en soit, il leur a paru qu'au début de l'attaque, dans la période tonique, la pression était augmentée. Si, dans les heures qui précédaient l'attaque, la tension ne présentait pas de modifications appréciables, par contre, dans les heures qui suivaient, les variations étaient fréquentes, mais extrêmement variables, non seulement suivant les individus, mais aussi suivant les cas chez le même sujet.

Ces constatations ont une importance pathogénique et une

valeur diagnostique; dans l'attaque d'éclampsie, en effet, l'apparition des crises convulsives est toujours précédée d'un certain degré d'hypertension; dans l'intervalle des crises, la pression reste élevée. L'hypertension joue un rôle dans leur production, contrairement à ce qui se passe dans l'épilepsie essentielle.

Progrès médical.

I. — *Le syndrome de paralysie générale dans la pachyméningite cérébrale*; par le D^r Tissot (n° 28). — A l'occasion d'une observation personnelle dont il rapporte les données cliniques et anatomo-pathologiques, l'auteur montre quelles difficultés présente le diagnostic de pachyméningite cérébrale hypertrophique en dehors des cas typiques, bien rares, qui répondent aux descriptions classiques; ces difficultés sont encore accrues lorsque la pachyméningite emprunte le masque d'une affection organique du cerveau qu'elle arrive à simuler de plus ou moins près, si bien que, le plus souvent, alors la nature de la lésion reste ignorée jusqu'à l'autopsie. C'est avec la paralysie générale qu'on la confondrait le plus facilement. Mais quand on dit qu'une pachyméningite a « simulé » la paralysie générale cela implique que, dans le cas examiné, il n'y avait pas de lésions de paralysie générale; or, il ne faudrait pas croire que l'inflammation chronique de la dure-mère puisse évoluer sans altération de la méninge molle et du cerveau; toutes les fois, en effet, que l'examen histologique a été pratiqué dans les cas de pachyméningite cérébrale, on a trouvé de la leptoméningite, de l'endartérite chronique, de l'atrophie corticale; et, d'ailleurs, cela se conçoit si l'on songe à la solidarité qui existe entre les trois méninges. La pachyméningite s'accompagne donc généralement de lésions de méningo-encéphalite diffuse; dans ces conditions, quel est l'étage méningé le premier touché par le processus pathologique? Il semble rationnel de penser que l'inflammation frappe toutes les méninges en même temps, et qu'il n'y a pas de pachyméningite compliquée de méningo-encéphalite ou inversement de méningo-encéphalite compliquée de pachyméningite. Dès lors, il n'est plus juste de dire que la pachyméningite a simulé la paralysie générale; en réalité, le syndrome paralysie générale existe, et il a sa justification anatomique dans les lésions diffuses de panméningite.

II. — *Le cyto-diagnostic, l'albumo-diagnostic et le précipito-diagnostic de Pargès dans le liquide céphalo-rachidien de la*

paralysie générale; par le D^r Beaussart (n^o 38). — C'est un fait aujourd'hui unanimement admis que la paralysie générale provoque, dans le liquide céphalo-rachidien, l'apparition de réactions cytologiques dont le lymphocyte est l'élément prédominant, et de réactions chimiques dont la plus nette et la plus constante est celle de l'albumine. Suivant certaines opinions, il y a souvent discordance entre la teneur en lymphocytes et la teneur en albumine dans un même liquide céphalo-rachidien. Sur cinquante cas examinés, l'auteur a, au contraire, constaté un parallélisme assez étroit entre la production cytologique et la production albumineuse. Ces mêmes cas lui ont permis de mettre à l'épreuve une réaction de précipitation indiquée par Porgès comme étant spécifique de la syphilis. Cette réaction, basée sur l'action précipitante des lipoides sur les humeurs syphilitiques ne s'est montrée positive que dans 46 p. 100 des cas; fréquemment, elle s'est trouvée en désaccord avec les données fournies par la réaction de Wassermann, et ses résultats n'ont pas été en corrélation avec les teneurs quantitatives en lymphocytes et en albumine; elle n'est donc pas une traduction détournée de ces deux dernières méthodes, pas plus que ne l'est la réaction de Wassermann.

III. — *La réaction de Porgès chez les idiots et les aliénés*; par les D^{rs} Olivier et Pellet (n^o 48). — Les résultats fournis par les auteurs tirent leur intérêt du fait qu'ils montrent la valeur qu'on est en droit d'attribuer à cette réaction précipitante de la syphilis.

Sur 24 sérums d'idiots, 14 fois la réaction a été positive; sur 6 sérums de paralytiques généraux, 5 résultats positifs; sur 7 sérums de déments précoces, 2 résultats positifs; sur 8 sérums de déments épileptiques, 1 résultat positif; sur 5 sérums de psychoses diverses, 3 résultats positifs.

Vraisemblablement, à ce fort pourcentage de faits positifs, ne répond pas toujours la notion de syphilis, soit acquise, soit héréditaire; il faut donc chercher ailleurs les éléments qui viennent troubler la réaction et lui enlever de sa valeur spécifique. La tuberculose, les cachexies en général, sont parmi les principaux de ces éléments; or, les auteurs font remarquer que beaucoup de leurs malades n'étaient pas indemnes d'atteintes bacillaires, et que la chose est du reste fréquente dans les asiles si on en croit certaines statistiques.

La réaction de Porgès doit donc être abandonnée comme n'ayant pas de valeur diagnostique.

IV. — *Phénomènes d'excitation psychique, puis délire alcoolique. Tuberculomes cérébraux et méningo-encéphalite toxique*; par les D^{rs} Claude et Sourdel (n° 48). — Cette observation d'un alcoolique tuberculeux, mort des symptômes de delirium tremens, montre combien un tableau clinique simple peut résulter de facteurs pathogéniques complexes. Il s'agit donc d'un malade s'étant présenté comme un alcoolique atteint de délire subaigu, brusquement terminé par une crise fébrile de delirium tremens; ce dernier, il est vrai, ne revêtit pas la forme absolument classique: l'élément moteur prédominant était constitué par des crises épileptiformes; la première crise d'épilepsie était survenue peu de temps après la guérison d'une pleurésie.

L'autopsie et l'examen histologique ont permis de découvrir, à la fois l'existence de tubercules cérébraux isolés, à point de départ méningés et celle d'une méningo-encéphalite aiguë généralisée, ne portant pas la signature de la tuberculose. L'auteur rejette l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse atypique non folliculaire et celle d'une méningite alcoolique; il lui semble plus rationnel d'attribuer les lésions méningitiques aiguës à l'auto-intoxication tuberculeuse et de considérer que si l'alcoolisme chronique a préparé le terrain, c'est la diffusion des poisons bacillaires émanés des tuberculomes cérébraux qui est la cause de la méningite.

Chez le malade, les tubercules cérébraux avaient été relativement bien supportés pendant plusieurs semaines, n'entraînant que de l'excitation cérébrale avec loquacité, activité exagérée, crises d'épilepsie. C'est seulement lorsque la méningo-encéphalite a pris le caractère aigu que le tableau clinique du délire alcoolique a fait son apparition. Ce dernier est considéré par l'auteur comme un syndrome qui constitue le mode de réaction habituelle des alcooliques à l'égard de toute cause d'excitation de leur corticalité. Parfois, la cause est passagère s'il n'y a que des troubles fonctionnels répondant à des modifications légères de la corticalité; d'autres fois, il s'agit d'altérations plus profondes: telles sont les encéphalo-méningites des fièvres (pneumonie, fièvre typhoïde...).

D^r BEAUSSART.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêtés d'août 1913 : M. le D^r ARSIMOLES, médecin adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 fr.) ;

M. le D^r GUIRAUD, médecin adjoint du quartier d'aliénés de l'hospice de Tours, est promu à la 1^{re} classe de son grade (4.000 fr.) ;

M. le D^r HAMEL, médecin adjoint de l'asile de Fains (Meuse), est promu à la 2^e classe de son grade (3.000 fr.).

— *Arrêtés de septembre 1913* : M. le D^r LAGRIFFE, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (Yonne), est promu à la 3^e classe de son grade (6.000 fr.) ;

M. le D^r HAMARD, médecin adjoint de l'asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), est promu à la 2^e classe de son grade (3.000 fr.) ;

M. le D^r CHÈZE, médecin adjoint de l'asile de Dijon, est promu à la 1^{re} classe de son grade (4.000 fr.).

— *Arrêté d'octobre 1913* : M. le D^r PAIN, médecin-directeur de l'asile de Laroche-gandon (Mayenne), est promu à la 1^{re} classe de son grade (8.000 fr.) ;

M. le D^r DIDE, médecin-directeur de l'asile du Braqueville (Haute-Garonne), est promu à la 2^e classe de son grade (7.000 fr.) ;

MM. les D^{rs} BOIDARD, médecin-adjoint de l'asile de Breutyla-Couronne (Charente) et BRISSOT, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Catherine (Allier), sont promus à la 2^e classe de leur grade (3.000 fr.).

— *Faculté de médecine de Bordeaux*. — M. le D^r E. RÉGIS, professeur adjoint, chargé du cours clinique des maladies mentales, est nommé professeur titulaire de la clinique des maladies mentales.

— *Faculté de Toulouse* : M. le D^r CESTAN, agrégé en médecine, est chargé d'un cours de clinique des maladies mentales et nerveuses.

— *Faculté de Paris* : Sont nommés, après concours, chefs de clinique titulaires de la chaire de clinique des maladies men-

tales : MM. les D^{rs} COLLIN et MALLET ; chefs de clinique adjoints : MM. les D^{rs} GALLAIS et GENIL-PERRIN.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le D^r BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, est chargé d'un cours de clinique annexe des maladies mentales pour l'année scolaire 1913-1914.

LA REVISION DE LA LOI SUR LES ALIÉNÉS AU SÉNAT.

M. Genoux, sénateur de la Haute-Saône, secrétaire de la Commission sénatoriale chargée d'examiner la proposition de loi, adoptée par la Chambre des députés, relative au régime des aliénés, propose les modifications suivantes à certains paragraphes des articles 8 et 11 du texte définitif du rapport de M. Paul Strauss :

Article 8, § 4. — S'il n'y a pas de danger immédiat, les maires et les commissaires de police qui sont saisis de plaintes ou de demandes visant les personnes atteintes d'affections mentales, et faites dans l'intérêt des malades eux-mêmes ou dans celui de la décence ou de la tranquillité publique, peuvent, sur la production du certificat médical et d'accord avec la famille ou les ayants droit, provoquer d'office l'internement provisoire dans l'hospice ou l'hôpital du lieu ou le plus proche du lieu, lorsque ces établissements seront pourvus de quartiers ou de pavillons neurologiques pour le traitement des maladies mentales et nerveuses.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent, le Préfet et le Procureur sont avisés.

La durée de ce mode d'hospitalisation ne peut excéder quarante jours, à moins d'amélioration très notable qui laisse entrevoir la perspective de complète guérison.

Au cours du traitement ou passé ce délai, le médecin traitant doit, d'accord avec les maires et les commissaires de police, provoquer le transfert du malade dans l'asile du département où le placement devient définitif par ordonnance du tribunal.

Article 11, § 2. — Dans tout ressort du tribunal où il n'existe pas d'établissement public d'aliénés, les hôpitaux ou hospices civils seront tenus d'établir un quartier ou pavillon neurologique pour l'observation et le traitement provisoire des malades atteints d'affections mentales et nerveuses qui leur seront envoyés avant l'internement définitif ou pendant leur voyage ou leur transfert à l'asile.

§ 3. — L'organisation et le fonctionnement de ces quartiers ou pavillons sont à la charge du département avec participation de la commune du lieu, et confiés au Préfet.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.

Devant les Conseils généraux. — La session du Conseil général du Morbihan s'est ouverte le lundi 8 septembre. Le préfet, M. Alfred Roth, a donné lecture de son rapport contre l'alcoolisme. Après avoir rappelé le texte des lois de 1880 et 1913 sur la limitation des débits de boissons, et reproduit la circulaire adressée aux maires du département, circulaire qui a été publiée ici, le préfet rend compte des réponses reçues. Sur 84, 51 apportent une adhésion sans réserves; toutes les réponses des maires témoignent du désir de voir limiter la consommation des boissons alcooliques. M. Roth répond ensuite à deux objections soulevées, concernant le droit acquis des débitants et des propriétaires d'immeubles où sont installés des débits, et la distance réglementaire des débits entre eux dans une même commune.

« Le nouveau règlement ne supprime aucun débit actuellement existant; il respecte tous les droits acquis; il stipule seulement qu'aucun nouveau débit ne pourra être ouvert dans un espace déterminé. De ces trois affirmations, il résulte avec évidence qu'un débitant installé dans le périmètre interdit a le droit de transmettre son fonds à ses héritiers; qu'il a le droit de le vendre à un tiers; qu'il a également le droit de transporter son débit dans un autre immeuble situé dans le périmètre. Toutes ces opérations sont licites parce qu'elles ne comportent pas la création d'un nouveau débit. Par voie de conséquence, le propriétaire d'un immeuble situé dans le périmètre et dont le rez-de-chaussée est actuellement à usage de débit de boissons pourra continuer à contracter aussi bien avec les héritiers qu'avec le nouvel acquéreur du débit. Si toutefois le débitant transporte son fonds dans un autre immeuble, le local qu'il abandonne ne peut être réoccupé par un autre débitant que si ce dernier exploite déjà un commerce de boissons dans le périmètre. Si le débitant cesse son commerce sans transmettre son fonds à un tiers, le local qu'il occupait peut être repris par un autre débitant, à condition qu'il n'y ait pas une interruption sensible entre l'ancienne et la nouvelle exploitation.

« Les droits acquis des propriétaires et des débitants sont ainsi sauvegardés, en même temps que le principe de la limitation du nombre des débits trouve son application.

« La seconde objection présentée par quelques maires de petites communes et relative à l'étendue du périmètre d'interdiction m'a amené à envisager la fixation de distances variables, selon l'importance de l'agglomération.

« Cette distinction entre les communes existe déjà dans

l'arrêté réglementaire sur la police des débits de boissons, arrêté qui prévoit des heures de fermeture différentes dans les communes rurales, dans les chefs-lieux de canton et dans les chefs-lieux d'arrondissement.

« Il m'a paru qu'en cette affaire, la règle la plus pratique et la plus certaine me serait fournie par le chiffre de la population agglomérée, telle qu'elle est fixée officiellement, tous les cinq ans, par un décret, reproduit au Recueil des actes administratifs. Les communes ont été ainsi réparties entre quatre catégories pour lesquelles les distances comptées à vol d'oiseau et des points les plus rapprochés des établissements intéressés sont respectivement de 75, 100, 150 et 200 mètres.

« La première catégorie comprendra 137 communes; la seconde 93; la troisième 25; la quatrième 2.

« Dans les hameaux qui possèdent soit une église ou chapelle, soit une école, et dont la population est souvent aussi importante que celle du bourg, la distance est uniformément de 75 mètres.

« De telles dispositions me paraissent de nature à dessiner toutes les préventions ou hésitations. »

Le préfet du Morbihan a conclu en demandant au Conseil général d'approuver le projet d'arrêté dont voici le texte :

Article premier. — A partir de la publication du présent arrêté, aucun nouveau café ou débit de boissons ne pourra être ouvert autour des édifices consacrés au culte, des cimetières, hospices, écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique dans un rayon, à vol d'oiseau, de 75 mètres dans les communes dont la population agglomérée est inférieure à 300 habitants; de 100 mètres dans les communes dont la population agglomérée est comprise entre 300 et 1.000 habitants; de 150 mètres dans les communes et les sections de communes dont la population agglomérée est comprise entre 1.000 et 10.000 habitants; de 200 mètres dans les communes dont la population agglomérée est supérieure à 10.000 habitants.

Ce rayon sera de 75 mètres dans les hameaux où serait situé l'un des établissements visés ci-dessus.

Art. 2. — Toutes les dispositions contraires au présent arrêté sont abrogées.

Toutefois, sont maintenus en vigueur les arrêtés municipaux ayant prévu des rayons d'une longueur supérieure à celles portées à l'article premier.

Art. 3. — Les droits acquis sont expressément réservés.

Art. 4. — Les infractions au présent arrêté seront constatées par des procès-verbaux et les contrevenants poursuivis conformément aux lois.

Le Conseil général, après une longue et vive discussion, a approuvé à la presque unanimité ce projet d'arrêté. Il a toutefois demandé et obtenu du préfet que la grandeur des périmètres à l'intérieur desquels aucun nouveau débit ne pourrait plus être créé fût un peu réduite.

Les dispositions de l'arrêté interdiront, en conséquence, la création de nouveaux débits autour des églises, écoles, hôpitaux, cimetières, etc., dans un rayon de 50 mètres dans les petites communes dont la population agglomérée est inférieure à 300 habitants, ainsi que dans les hameaux, et dans des rayons de 75, 100 et 150 mètres dans les communes dont la population agglomérée sera supérieure à 300, 1.000 et 10.000 habitants. Cet arrêté préfectoral entrera en vigueur incessamment.

— Le Conseil général des Basses-Alpes a adopté, à l'unanimité moins deux voix, les conclusions du rapport du préfet portant interdiction d'ouvrir de nouveaux débits dans un périmètre de 500 mètres, pour les agglomérations de 3.000 à 10.000 habitants, de 300 mètres pour les agglomérations de 1.000 à 3.000 habitants, de 200 mètres pour les agglomérations de 500 à 1.000, de 100 mètres pour les agglomérations de 100 à 500, de 50 mètres pour les agglomérations inférieures à 100 habitants.

— Le Conseil général du Calvados a émis l'avis que le périmètre prohibé pour l'ouverture de nouveaux débits de boissons soit calculé, pour chaque commune, de telle façon qu'aucun nouveau débit ne puisse désormais s'ouvrir dans le département du Calvados.

Ce vote a été émis à l'unanimité moins une voix.

Des arrêtés conformes à cette décision vont être pris incessamment par le préfet.

— Par 31 voix contre 16, le Conseil général du Nord a repoussé le principe de l'application de l'article 46 de la loi du 31 juillet 1913 en vue de la limitation des débits de boissons, « estimant que cette mesure ne peut avoir pour résultat de diminuer le fléau de l'alcoolisme, qui ne pourra être vaincu que par l'éducation des travailleurs, l'amélioration de leur sort et les progrès d'une meilleure habitation ».

Plusieurs autres vœux, se rattachant à la même question, ont été adoptés. En voici le résumé.

Le Conseil prie les pouvoirs publics de tenir la main à ce que les personnes qui ouvrent des débits présentent toutes garanties de moralité et d'honnêteté. Il demande au Gouvernement d'établir à bref délai, par une loi, la réglementation sérieuse des débits. Dans cet ordre d'idées : 1° la moralité des tenanciers et tenancières sera attentivement surveillée; 2° les immeubles

seront aménagés de façon à donner satisfaction à toutes les lois de l'hygiène et de la salubrité; les salles de débit auront, au minimum, 30 mètres de surface et 3^m50 de hauteur. Il y aura dans chaque débit une cuisine spacieuse, une chambre pour la famille, une autre pour les garçons, une troisième pour les filles, si le débitant a des enfants des deux sexes. L'autorisation d'ouverture ne sera donnée aux nouveaux débits que si ces conditions sont remplies. La réouverture des anciens débits ne sera également accordée qu'à ces mêmes conditions. (Vœu de M. A. Potié, sénateur.)

Que la loi du 23 janvier 1873 soit strictement appliquée vis-à-vis de l'ivrogne et du débitant, et qu'au besoin elle soit complétée ainsi; Article 5. Seront punis d'un emprisonnement de six jours à un mois de prison, d'une amende de 16 à 300 francs, et *frappés d'interdiction*, les cafetiers, etc. — Article 7 *bis*. Le préfet pourra, après enquête des maires et de la gendarmerie, frapper d'interdiction les cafetiers, cabaretiers, débitants de boissons ou tenanciers d'établissements réputés mal famés et dans lesquels on faciliterait la débauche, la prostitution ou des faits ou exercices quelconques pouvant choquer la décence publique.

Que le Parlement veuille bien voter les mesures légales nécessaires pour la suppression des bars et estaminets tenus par des femmes sous le bénéfice de la loi sur les associations.

Que la fabrication et la vente des absinthes et autres apéritifs à bases d'essences soient interdites. (Vœu de MM. Delory et Ghesquière, députés unifiés.)

Le Conseil a renvoyé à la session d'avril la question du monopole de l'alcool.

— Le Conseil général d'Eure-et-Loir a approuvé le projet d'arrêté préfectoral fixant les périmètres dans lesquels il sera dorénavant interdit d'ouvrir de nouveaux cafés ou débits de boissons autour des édifices consacrés à un culte quelconque, des cimetières, hospices et établissements d'instruction publique.

Le rayon de ce périmètre, calculé à vol d'oiseau, sera de 150 mètres dans les communes ou hameaux dont la population agglomérée est inférieure à 300 habitants; de 300 mètres, pour une population de 300 à 1.000 habitants; de 500 mètres, pour une population de 1.000 à 5.000 habitants; de 800 mètres, au-dessus de 5.000 habitants.

— Le Conseil général d'Ille-et-Vilaine, se basant sur la statistique qui établit qu'en Ille-et-Vilaine la consommation de l'alcool a augmenté de 4.000 hectolitres depuis dix ans, que la consommation de l'absinthe a doublé depuis seize ans, et que, de 1900 à 1913, le nombre des bouilleurs de cru est passé de 2.213 à 23.290, a voté un vœu tendant à la suppression du

privilege des bouilleurs de cru, mais a décidé que la limitation des débits de boissons devait être laissée aux appréciations des municipalités.

— Le Conseil général du Doubs a autorisé l'administration préfectorale à prendre un arrêté fixant une zone dans laquelle il sera interdit d'installer des débits de boissons autour des établissements consacrés aux cultes, des cimetières, hospices, écoles, etc. La zone de prohibition a été déterminée de la façon suivante : 50 mètres, dans les communes ayant moins de 300 habitants ; 75 mètres, dans les communes ayant de 300 à 1.000 habitants ; 100 mètres, dans les communes de 1.000 à 10.000 habitants ; 150 mètres, dans les villes au-dessus de 10.000 habitants.

— Le Conseil général de la Loire a adopté un vœu invitant le Parlement à voter une loi nettement et complètement prohibitive sur la fabrication et la vente de liqueurs à base d'essences variées et nocives, telles que l'absinthe, « qui font courir un danger à la race et à la santé publique ».

Un arrêté municipal. — Un arrêté municipal règle depuis plusieurs années, à Grenoble, l'installation des débits de boissons. Depuis 1905, les rideaux opaques des devantures sont interdits aussi bien que les arrière-salles de cabarets.

De nouveaux débits ne peuvent s'ouvrir dans un périmètre de 200 mètres autour des monuments publics.

Cette réglementation a déjà fait disparaître un grand nombre d'établissements interlopes.

On va encore augmenter les mesures de répression contre les débits de ce genre : désormais ils ne pourront employer des servantes âgées de moins de dix-huit ans, et les patrons seront responsables des amendes encourues par les bonnes surprises assises à côté des clients ou postées sur le pas de la porte.

La direction du réseau de l'Etat et l'alcoolisme. — Le *Journal des transports* annonce que M. Claveille vient de défendre aux éconômats, aux buffets et buvettes du réseau de l'Etat de vendre de l'alcool ou des boissons alcoolisées aux employés, ouvriers ou fonctionnaires. Voici un passage de la circulaire portant cette interdiction :

« Le personnel dirigeant, dit la note administrative, devra exercer une surveillance de tous les instants afin d'empêcher les agents et ouvriers de sortir de l'enceinte du chemin de fer et aussi d'aller aux buffets et buvettes pendant tout le temps de service qu'ils doivent au réseau. Il doit veiller également à ce qu'aucune boisson alcoolisée ne soit introduite dans l'enceinte du chemin de fer.

« Enfin, il appartient à tous les chefs détenteurs d'une part d'autorité, si petite soit-elle, d'être pour eux-mêmes, au point

de vue tempérance et fréquentation des cafés et buvettes, d'une sévérité telle qu'ils soient pour le personnel placé sous leurs ordres un exemple permanent de dignité et de réserve. »

M. Claveille interdit même les réunions au café à l'occasion des promotions ou des départs. « Ces petites fêtes, dit-il, constitueraient des fautes graves qui seraient punies avec la dernière rigueur. »

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE, L'OPIMUM.

Victimes de la cocaïne. — On lit dans le *Temps* (numéro du vendredi 25 juillet 1913) :

Pénétrant hier dans la chambre à coucher de sa maîtresse, M^{me} Georgette Janmarre, artiste peintre décorateur, demeurant rue d'Olivet, la femme de chambre la trouva dans un fauteuil et ne donnant plus signe de vie. Elle courut chercher un médecin. Au premier examen, celui-ci releva sur le corps de l'artiste des taches provoquées par des piqûres de cocaïne. Aussitôt prévenu, le commissaire du quartier, M. Volet, commença son enquête et découvrit, en effet, dans une armoire de la chambre de M^{me} Janmarre, trois flacons de solution de cocaïne. Le magistrat ne tarda pas à apprendre que, depuis plusieurs années, l'artiste était en proie à cette funeste passion. Pour se procurer la drogue, M^{me} Janmarre fabriquait elle-même des ordonnances médicales qu'elle allait ensuite faire exécuter dans diverses pharmacies. Avant-hier matin, elle se fit une piqûre et resta, toute la journée, prostrée dans son fauteuil. Le soir, elle succombait. M^{me} Janmarre était veuve, sans enfants. Elle était âgée de quarante-deux ans.

— On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 28 juillet 1913) :

Un jeune homme, de mise assez élégante, pénétrait hier dans le parc Monceau et tombait sur un banc. Il était pâle; de ses cheveux en désordre coulait un mince filet de sang. Le blessé fut transporté aussitôt à l'hôpital Beaujon, où M. Leproust, commissaire de police du quartier de l'Europe, l'interrogea. Le jeune homme déclara qu'il se nommait Thomas Robert, âgé de vingt ans, étudiant en droit, demeurant chez sa mère, M^{me} Cazenave, rue de la Gare, 31, à Chatou. Puis il tomba dans un profond sommeil.

L'interne de service, en épongeant son visage, s'aperçut qu'il avait dans le nez des traces de cocaïne. Ses vêtements furent fouillés. Dans un papier, soigneusement plié, on découvrit 7 ou 8 centigrammes du dangereux stupéfiant. Revenu à lui, au bout de quelques instants, l'étudiant avoua qu'il avait pris une dose trop forte qui l'avait plongé dans une hébétude presque complète. Il se souvenait seulement d'être monté dans

un fiacre, aux environs de la Trinité, et de s'être fait conduire à la gare Saint-Lazare. Mais il n'a pu expliquer comment, une heure plus tard, il se trouvait au parc Monceau.

M. Leproust recherche dans quelles conditions le jeune Robert arrivait à se procurer des doses aussi considérables de cocaïne.

Du reste, on assure que toutes les poursuites exercées par la Préfecture de police pour découvrir les marchands de cocaïne resteront sans résultat tant qu'il sera facile de faire venir d'Allemagne le dangereux poison; le fait suivant le prouve, semble-t-il, surabondamment :

Le vendredi 7 mars, une personne habitant Paris adressait à la pharmacie X..., de Francfort-sur-le-Mein, choisie au hasard dans le Bottin de l'étranger, une lettre accompagnée d'un mandat international de 5 francs (4 marks). Sans fournir le moindre prétexte qui pût permettre à cette maison d'arguer de sa bonne foi surprise, cette personne demandait simplement la quantité de cocaïne correspondant à la somme envoyée.

Elle recevait le mardi suivant, dans une enveloppe en carton fort, ne portant aucune indication sur l'expéditeur, un paquet contenant 4 grammes de cocaïne et une note ainsi conçue :

4 grammes	3 marks 75
Port	0 » 20
Factage	0 » 05

Ce que j'ai reçu 4 marks

Le cachet postal seul révélait que cet envoi venait de Francfort-sur-le-Mein.

Les cocaïnomanes peuvent donc se procurer la dangereuse substance sans l'aide de pharmaciens français ou d'intermédiaires quelconques. Tant que l'envoi de la cocaïne provenant de l'étranger ne sera pas sérieusement prohibé, nous disait la personne qui nous a révélé ce fait, la surveillance et la répression de la vente de la cocaïne ne pourront être qu'illusoire.

— On a trouvé hier, morte dans la chambre qu'elle occupait, rue Saint-Corneille, à Compiègne, une femme de vingt-cinq ans, M^{lle} Marguerite Schmulter, originaire du Luxembourg. Sur le parquet, était étendu sans connaissance un soldat du 54^e de ligne. Un médecin, appelé en toute hâte, réussit à ranimer le jeune homme qui a été transporté à l'hôpital.

L'enquête a établi que le soldat et son amie avaient absorbé une certaine dose de cocaïne (*Le Temps*, numéro du jeudi 23 octobre 1913).

La question de l'opium à l'Académie de médecine. — Dans la séance de mardi 29 juillet 1913, le professeur Laveran attire

tout particulièrement l'attention de l'Académie sur un rapport présenté dans la séance du 11 juin 1913 de la Société de pathologie exotique, par une commission composée de MM. Jeannel, J. Martin, Pottevin, Thiroux et Noël Bernard. Ce travail vise la question de l'opium en Indochine dont, dit-il, « l'opiomanie », qui tend à se répandre en France dans certains milieux, n'est qu'une conséquence.

La Société de pathologie exotique a, à la séance du 9 juillet, adopté les vœux suivants :

« 1^o Que les pouvoirs publics prennent les mesures nécessaires pour empêcher l'extension de l'opiomanie en France et pour détruire, dans les milieux bien délimités où ils se sont formés, les foyers déjà existants ;

« 2^o Que l'usage de l'opium soit interdit en France et dans les colonies, à tous les fonctionnaires, militaires et marins, sous peine de sanctions disciplinaires efficaces ;

« 3^o Que le gouvernement de l'Indochine prenne les dispositions nécessaires pour la suppression graduelle de la vente de l'opium au fur et à mesure que cette suppression sera réalisée dans les pays limitrophes ;

« 4^o Que le gouvernement de l'Indochine complète et développe le plus activement possible les mesures qu'il a déjà prises, notamment :

« a) Par l'interdiction aux fumeurs indigènes d'accéder aux fonctions publiques et aux grades du mandarinat ;

« b) Par des enseignements scolaire et public faisant connaître les dangers de l'opium ;

« c) Par des organisations hospitalières destinées à traiter les opiomanes qui voudraient se débarrasser de leur funeste habitude ;

« 5^o Que les gouverneurs coloniaux prennent les dispositions nécessaires pour que la cocaïne, la morphine, les alcaloïdes dérivés de l'opium ainsi que les médicaments dits « antiopium » ne puissent être délivrés par le service des douanes qu'aux pharmaciens européens. Ces pharmaciens devront inscrire les entrées et sorties de ces médicaments sur un registre spécial soumis à l'inspection. »

Cette question, connexe avec celle de la réglementation de la vente des substances vénéneuses sera portée à la tribune de l'Académie dès la rentrée.

Perquisitions. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du jeudi 31 juillet 1913) :

La police apprenait récemment qu'un jeune homme appartenant à une excellente famille parisienne détenait, dans le pied-à-terre qu'il occupe dans le quartier de l'Etoile, une assez grande quantité d'opium et de cocaïne.

M. Berthelot, commissaire de police aux délégations judiciaires, fut aussitôt chargé de perquisitionner au domicile indiqué.

L'opération fit découvrir de nombreuses lettres émanant de correspondants divers qui avaient eu l'imprudence de mettre leur adresse au bas des missives. On releva, notamment, le nom d'un officier demeurant dans le quartier de l'École militaire et qui doit prochainement partir pour la Maroc.

Les trois commissaires de police aux délégations judiciaires se sont rendus, hier, à ces adresses, mais leurs opérations n'ont donné aucun résultat.

— On écrit de Lille au *Temps* (numéro du lundi 18 août 1913) :

M. Lisparlette, commissaire de la brigade mobile, s'est rendu hier à Malo-les-Bains, accompagné de quatre inspecteurs, afin de perquisitionner dans plusieurs villas que fréquentent des marins de la défense mobile de Dunkerque et notoirement connues comme fumerie d'opium.

L'opération, qui devait être faite depuis une dizaine de jours, aurait été retardée par une demande de récusation d'un magistrat, parent ou ami d'une des personnes soupçonnées. Les perquisitions n'ont produit aucun résultat.

— On télégraphie de Marseille au même journal (numéro du samedi 23 août 1913) :

A l'arrivée du courrier de Chine, le *Natal*, des Messageries maritimes, le service de la douane, informé que la contrebande de l'opium se faisait à bord, procéda à une visite minutieuse du paquebot.

Plusieurs kilos de la drogue furent saisis dans un canot de sauvetage. Malgré toutes les recherches, le trafiquant n'a pu être découvert.

Arrestations de marchands de cocaïne. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du vendredi 25 juillet 1913) :

Les inspecteurs Siraud et Fourcadet, du contrôle général des recherches à la Sûreté générale, ont arrêté hier, après une surveillance, un individu, Raymond Truche, dit « Coco Gaumont », au moment où il vendait à une danseuse de Montmartre, M^{lle} Jeanne Desplanques, demeurant 23, rue Henri-Monnier, deux flacons de chlorhydrate de cocaïne pour la somme de 6 francs.

Cet individu, qui se livrait chaque soir au même trafic, a été envoyé au Dépôt.

— Le même journal nous apprend, dans son numéro du vendredi 5 septembre 1913, que des inspecteurs de la Sûreté ont arrêté, la nuit dernière, dans un bar de la rue Fontaine, Robert Nory, âgé de vingt ans, demeurant rue André-del-Sarte.

Celui-ci vendait de la cocaïne. Fouillé, il a été trouvé porteur de dix-sept petits paquets prêts à être vendus et d'une grosse provision de stupéfiant. Il a été envoyé au Dépôt.

— Des inspecteurs attachés à la direction de la police judiciaire ont arrêté hier, à l'angle du boulevard de Clichy et de la rue Duperré, un jeune homme de vingt et un ans, Daniel Gay, au moment où il vendait de la cocaïne. Cet individu avait imaginé, pour écouler la funeste drogue, de dissimuler de petits paquets de cocaïne dans des bouquets de violettes qu'il offrait aux passants. Il a été écroué. (*Le Temps*, numéro du dimanche 12 octobre 1913.)

Arrestations de marchands d'opium. — On télégraphie de Toulon au *Temps* (numéro du lundi 8 septembre 1913) :

Sur instructions du commissaire de la Sûreté Dubois, des agents ont arrêté hier soir le nommé Joseph Blanchard, vingt-six ans, boulanger à la Ciotat, qui a été trouvé porteur de cinq boîtes métalliques contenant 750 grammes d'opium, d'une lettre demandant de cette drogue et de plusieurs listes de fumeurs.

Pressé de questions, Joseph Blanchard a fini par faire à M. Dubois des aveux complets et à lui donner les noms de ses nombreux clients qui sont sur le point d'être arrêtés. Tous ces individus vont être poursuivis pour délivrance de drogues vénéneuses.

— On télégraphie de Toulon au *Temps* (numéro du dimanche 14 septembre 1913) :

M. Dubois, commissaire de la Sûreté, avait organisé une surveillance rigoureuse du côté du faubourg du Mourillon où il savait que de nombreux marchands d'opium se rendaient pour écouler leur drogue. Hier soir, il guettait les passages des tramways, sur la place Louis-Blanc, surveillant des personnes suspectes pouvant se rendre au Mourillon. Il vit soudain descendre une jeune femme, opiomane invétérée, bien connue du service de la Sûreté. A sa vue, elle tourna brusquement la tête et s'enfuit du côté du port où elle fut rejointe. Tout d'abord, elle se montra très surprise et argua n'avoir rien à faire avec le commissaire de la Sûreté. Mais, en présence de l'attitude ferme du magistrat, elle se résigna à se rendre au poste de police. Menacée d'être fouillée par la concierge, elle enleva brusquement son chapeau et remit au chef de la Sûreté une boîte de 250 grammes d'opium qu'elle avait dissimulée dans ses cheveux. Interrogée sur le point de savoir si elle se livrait au trafic de cette drogue, elle avoua qu'elle avait acheté la boîte pour la somme de 50 francs à un individu demeurant rue Nicolas-Laugier, 11, au troisième étage; cet individu venait de Marseille, elle ne le connaissait pas. Des agents envoyés à l'adresse indi-

quée arrêtaient le nommé Henri Blazy, fort connu par le service de la Sûreté comme vivant exclusivement du trafic de l'opium.

— On télégraphie de Toulon au *Temps* (numéro du samedi 27 septembre 1913) :

M. Dubois, chef de la Sûreté, s'est rendu à Hyères et a perquisitionné dans une maison meublée où s'étaient réfugiées diverses personnes se livrant au commerce de l'opium. Une certaine quantité de cette drogue a été découverte et saisie ; les personnes compromises ont été interrogées, puis laissées en liberté provisoire.

Arrestation à Montmartre d'une bande de trafiquants de cocaïne et de morphine. — On lit dans *Le Temps* (numéro du vendredi 17 octobre 1913) :

Ayant appris, après une minutieuse enquête, que des trafiquants de cocaïne et de morphine se réunissaient dans certains bars de Montmartre, M. Duponnois, commissaire de police du quartier Saint-Georges, fit exercer une surveillance autour de ces établissements. Hier, accompagné de ses secrétaires et de nombreux agents, il se présenta dans un des endroits désignés et fit aussitôt fouiller tous les consommateurs présents. Trois jeunes gens de dix-sept à dix-neuf ans, Charles Fuchs, Roger Trapet et Henri Mallet, demeurant rue des Martyrs et boulevard de Clichy, furent trouvés porteurs d'une grande quantité de cocaïne. Conduits au commissariat et interrogés, ils protestèrent contre leur arrestation, affirmant que la drogue servait à leur usage personnel. Mais malheureusement pour eux, Trapet vint démolir ce système de défense en déclarant tenir cocaïne et morphine de ses deux complices et associés qui, eux-mêmes, travaillaient pour le compte de deux individus connus sous les sobriquets de « Binoclard » et de « Ballot ».

Grâce aux divulgations du même personnage, deux autres membres de la bande — car il s'agit en l'espèce d'une véritable association — les nommés Robert et Debert furent appréhendés peu après dans un garni, rue Fontaine, 29. A cette adresse, ils occupaient une chambre avec une jeune danseuse, Hélène Votzel, qui, après interrogatoire, fut laissée en liberté. Une perquisition permit de découvrir dans les placards, les armoires et jusque dans les boiseries du lit, un stock considérable des dangereux stupéfiants. Et la soirée se termina par l'arrestation du chef de l'entreprise, Henri Jarzuel, rue de Navarin, 27, déjà condamné à plusieurs reprises pour le même délit. Il avait en sa possession plus de cent grammes de cocaïne et autant de morphine. Tous ces trafiquants ont pris le chemin du Dépôt.

Devant les tribunaux. — On lit dans le *Petit Journal*.

(numéro du vendredi 5 septembre 1913), sous ce titre : « Un ancien élève de l'École normale supérieure et un médecin renvoyés en police correctionnelle » :

Au mois de décembre dernier, au sortir d'un banquet des anciens élèves de l'École normale supérieure, deux des convives, MM. Bourget et Bichet, celui-ci professeur à l'Université de Budapest, convinrent de finir la soirée ensemble. M. Bourget emmena son ancien camarade chez lui, rue de Vaugirard, et, tous deux morphinomanes, ils s'injectèrent de la funeste drogue. M. Bichet fut pris, dans la nuit, de crises nerveuses qui effrayèrent son ami, lequel courut chercher un médecin. Malheureusement il n'en trouva pas et bientôt le malheureux professeur de l'Université de Budapest rendait le dernier soupir.

Le Parquet de la Seine, saisi de l'affaire, désigna M. Chênebenoit, juge d'instruction, à l'effet d'établir les responsabilités. L'enquête établit que la morphine et la seringue avaient été fournies par un habitant de Neuilly, en relations avec M. Bourget, et qu'il s'était procuré le poison chez un pharmacien de Paris, à l'aide d'une ordonnance dite « passe-partout ». Celle qui a pour titre le « traitement de la démorphinisation » portait seulement la mention : « bon pour exécution », signé d'un médecin.

Une expertise, ordonnée par le juge, M. Chênebenoit, fut confiée aux D^{rs} Gautier, Briand et Paul, qui viennent de déposer leur rapport.

Le magistrat instructeur a clos son information hier en renvoyant devant le tribunal correctionnel, pour homicide par imprudence, M. Bourget et le médecin qui a signé l'ordonnance dite de démorphinisation.

— Le même journal, dans son numéro du mercredi 27 août 1913, résume ainsi qu'il suit un procès qui s'est jugé devant le tribunal correctionnel de Toulon :

Une triste affaire a amené, hier matin, sur les bancs de la correctionnelle, à Toulon, deux commerçants accusés d'avoir vendu de la morphine à une bande de jeunes gens, fils d'officiers et de commerçants, qui ont défilé comme témoins à charge et à qui le président Bourgarel a adressé de sévères admonestations, car ils n'ont pas hésité à faire du chantage à l'égard de leur fournisseur. Celui-ci et sa femme ont été condamnés chacun à 500 francs d'amende.

— La 10^e chambre correctionnelle du tribunal de la Seine a condamné hier, à un mois de prison, un comptable, Hory Robert, dit « la Ficelle », qui avait été surpris vendant de la cocaïne, rue de Douai, le 3 septembre dernier. (*Le Petit Journal*, numéro du mercredi 22 octobre 1913.)

— Le tribunal correctionnel de Brest a condamné à six jours de prison et 100 francs d'amende, M^{me} Marie Girod, âgée de trente ans, artiste lyrique, originaire de Lyon, qui était inculpée d'avoir importé de l'opium en France. (*Le Petit Journal*, numéro du dimanche 2 novembre 1913.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Folie mystique collective. Fratricide. — On écrit d'Avignon au *Petit Journal* (numéro du vendredi 8 août 1913):

Depuis ce matin, la plus profonde émotion règne dans la population de la charmante petite ville de Bonnieux, qui compte 2.000 à 3.000 habitants et est située à douze kilomètres d'Apt et à cinquante kilomètres d'Avignon; un crime profondément troublant, dû à la folie, y a été commis au sein de la famille Julien, qui comprend la grand'mère, le père, la mère et trois enfants: Julie, âgée de vingt-neuf ans; Marius, âgé de vingt-sept ans, et Rose, âgée de dix-neuf ans.

Souffrante depuis quelque temps, la fille aînée, Julie, en était venue à se croire possédée du démon et à faire partager cette croyance à toute sa famille. Or hier, la mort du démon, c'est-à-dire de la fille aînée, fut décidée. Son frère et sa sœur lui lièrent les mains derrière le dos, puis, à coups de chaise, frappèrent sur elle jusqu'à ce que, le crâne fracassé, elle eût succombé.

Les deux jeunes meurtriers ont été arrêtés.

Infanticide. — Au cours d'un accès de neurasthénie, Mme Proust, femme d'un honorable fermier de Richelieu (Indre-et-Loire), a précipité sa fillette, âgée de dix-sept mois, dans un puits profond de vingt mètres. Lorsque l'enfant fut retirée, elle avait cessé de vivre. La mère a deux enfants. Elle avait déjà manifesté l'intention de les noyer et de se suicider ensuite. M^{me} Proust va être soumise à un examen mental. (*Le Temps*, numéro du mercredi 30 juillet 1913.)

Un aliéné revendicateur. — On écrit d'Ambérieu au *Journal de l'Ain* (numéro du 3 août 1913):

Mardi, le nommé Joseph Tenand, cultivateur aux Allymes, âgé de soixante-trois ans, se mit en devoir de creuser une tranchée sur le chemin vicinal d'Ambérieu à Brédevent, entre ce hameau et les Allymes, dans le seul but d'intercepter la circulation. Le chemin, à cet endroit, est très étroit et ne mesure guère que 3^m50 de largeur. La tranchée creusée par Tenand a 2^m30 de longueur, 0^m80 de profondeur et 1 mètre de largeur, et les fouilles en provenant ont été déposées sur l'autre moitié du chemin. Il prétend qu'il est propriétaire du sol et veut supprimer toute communication sur cette voie jusqu'à ce

que la ville d'Ambérieu l'ait désintéressé d'une somme de 1.800 francs environ qu'il réclame.

Les habitants des Allymes et de Brédevent redoutent sa colère, à tel point qu'ils n'ont pas osé réparer le chemin.

Il y a une vingtaine d'années, Tenand tua, à coups de couteau, le sieur Humbert, cultivateur à Brédevent, qui voulut passer sur ce chemin malgré sa défense. Il fut condamné à quelques années de réclusion, ses biens furent vendus par autorité de justice pour payer le procès, et, depuis qu'il est rentré aux Allymes, il ne rêve que de les reprendre, sous prétexte qu'on n'avait pas le droit de les exproprier.

La gendarmerie s'est rendue sur les lieux et a été injuriée par ce forcené.

Il lui sera dressé deux procès-verbaux, l'un pour destruction de travaux publics et l'autre pour insultes.

Tenand est dans un état d'exaspération qui peut le pousser à accomplir des actes regrettables. Il n'est pas certain qu'on puisse trouver des ouvriers pour réparer le chemin et ceux qui assumeront cette tâche ne se rendront au travail que bien armés.

Joseph Tenand a été transféré immédiatement à Belley.

D'un autre côté, le service vicinal fait procéder à la réfection du chemin vicinal pour rétablir la circulation des hameaux des Allymes et de Brédevent avec Ambérieu.

Chirurgien pris d'un accès de folie pendant une opération. — On télégraphie de New-York au *Petit Journal* (numéro du vendredi 15 août 1913) :

Une scène des plus tragiques s'est passée à l'hôpital de Marietta, dans l'Ohio.

Le D^r William Dabny, chirurgien en chef, fut subitement atteint d'aliénation mentale pendant qu'il opérait un fermier, préalablement endormi, d'une tumeur à la joue.

Les deux internes qui se trouvaient à côté du chirurgien remarquèrent que le scalpel faisait des mouvements bizarres. Ils se permirent quelques objections, mais le D^r Dabny entra dans une violente colère et leur ordonna de quitter immédiatement la salle. Il se mit ensuite à disséquer la figure et la gorge du pauvre malade en léthargie.

Un infirmier comprit que son chef était devenu fou et il appela au secours. Le personnel accourut, mais on eut beaucoup de peine à désarmer le docteur qui brandissait son scalpel.

Infanticide. — On télégraphie de Quimper au *Petit Journal* (numéro du mardi 19 août 1913) :

Le Parquet de Quimper s'est rendu au village de Lescors-en-Penmarch pour s'y livrer à une enquête au sujet de la mort

d'une enfant de trois mois et demi, la petite Germaine Drezen.

Hier matin, vers 4 h. 1/2, M. Drezen quittait sa chambre pour aller soigner son bétail. Sa femme, Marie, née Tareau, âgée de vingt-sept ans, était restée couchée. A côté d'elle reposait, dans son berceau, la petite Germaine. Une demi-heure environ plus tard, M. Drezen rentra chez lui.

En y arrivant, il constata que l'enfant était dans le lit de sa mère; s'en étant approché, il fut douloureusement surpris de voir que l'enfant ne donnait plus signe de vie. Ayant questionné sa femme, celle-ci ne répondit pas; mais un peu plus tard, la malheureuse, qui tenait des propos incohérents, avoua avoir enfoncé profondément son alliance dans la gorge de sa fille.

En effet, l'autopsie, pratiquée par un médecin légiste, a révélé la présence de l'alliance dans l'œsophage de l'enfant qui est morte étouffée.

Il y a quelque temps, M^{me} Drezen avait été en traitement à l'hospice de Pont-l'Abbé et, depuis son retour, elle donnait des signes de dérangements cérébraux. Aussi attribue-t-on son acte atroce à un accès de folie.

Homicide. — Un jeune homme de vingt-deux ans, Joannès Duret, habitant la commune de Bois-d'Oingt (Rhône), et qui, à maintes reprises, avait donné des signes d'aliénation mentale, a, dans une crise, tué à coups de revolver son voisin, Louis Desseigne, âgé de dix-neuf ans. Le meurtrier est en fuite. (*La Presse*, numéro du vendredi 22 août 1913.)

Suicide. — On télégraphie de Bayonne au *Petit Journal* (numéro du vendredi 5 septembre 1913) :

Cet après-midi, deux douaniers venant d'Hendaye accompagnaient à l'hôpital militaire un autre douanier atteint d'aliénation mentale à la suite de la mort de sa femme.

Arrivé place du Rédnit, le malade demanda à entrer dans un édicule et, trompant la surveillance de ses gardiens, revint en courant jusqu'au milieu du pont Saint-Esprit et se précipita dans l'Adour. Avant sa chute complète, un des douaniers put le saisir par son gilet, mais le vêtement céda et le malheureux dément tomba dans l'eau. Malgré les recherches faites immédiatement, il fut impossible de le retrouver.

Tentative de suicide. — Une artiste lyrique, M^{lle} Yvonne Coat, âgée de dix-neuf ans, prise d'un accès de neurasthénie, s'est jetée, ce matin à cinq heures, par la fenêtre de sa chambre située au cinquième étage, Faubourg du Temple, 36. Elle s'est fracturé les deux jambes. On l'a transportée à l'hôpital Saint-Louis dans un état grave. (*Le Temps*, numéro du lundi 8 septembre 1913.)

Cinq meurtres. — On télégraphie de Berlin au *Temps* (numéro du samedi 6 septembre 1913) :

La nuit dernière, dans un accès de folie, le maître d'école du petit village de Mulhouse, dans la Forêt-Noire, un nommé Wagner, a tué sa femme et ses quatre enfants. Puis il a tenté de mettre le feu au village. Il a réussi à incendier trois granges. En se défendant contre ceux qui voulaient l'arrêter, il a tué huit personnes et blessé grièvement onze autres.

Les soldats appelés en hâte ont finalement réussi à s'emparer de Wagner qui a été grièvement blessé par la foule. On pense qu'il ne survivra pas à ses blessures.

Tentative d'homicide. — Un individu nommé Colinon, dessinateur, âgé de vingt-cinq ans, a tenté hier, au cours d'un accès de folie, de tuer un médecin de Saint-Mandé, le D^r Philippe. Celui-ci, appelé au domicile du dessinateur, 5 rue Cart, se trouva en présence du jeune homme qui lui présenta un papier sur lequel étaient tracées des phrases incohérentes. Le docteur observa le malade, lui posa plusieurs questions. Tout à coup le dessinateur saisit deux couteaux et se précipita sur le praticien qui put, non sans être blessé au visage, repousser son agresseur et sortir prestement de la pièce. Le D^r Philippe informa sans retard de l'incident M. Lefebvre, commissaire de police, qui envoya deux agents arrêter l'aliéné. (*Le Temps*, numéro du mercredi 24 septembre 1913.)

COURS DE PERFECTIONNEMENT A LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES DE MUNICH

Le prochain cours de perfectionnement aura lieu à la clinique des maladies mentales de Munich, du 16 février au 8 mars 1914.

Voici la liste des professeurs et des sujets qu'ils traiteront, avec, entre parenthèses, le chiffre des heures de leurs leçons :

D^r ALERS : Chimie pathologique et diétothérapie des psychoses (7 heures);

D^r BRODMANN, de Tubingen : Histologie topographique de l'écorce cérébrale (10 heures);

D^r ISSERLIN : Psychologie expérimentale (7 heures). Psychothérapie (5 heures);

Professeur KRAEPELIN : Clinique des maladies mentales (17 heures);

LIEPMANN, de Berlin : Les altérations aphasiques, agnostiques et apraxiques (12 heures);

PLAUT : Examen du liquide céphalo-rachidien et du sérum (6 heures). Démonstrations sur la psychiatrie légale et la criminalité juvénile (6 heures);

RUDIN : Dégénération et hérédité des troubles mentaux (5 heures);

SPIELMEYER : Bases anatomiques des maladies mentales (14 heures);

WEILLER : Méthodes d'examen psychopathologique (8 h.).

Total des heures, 97. Honoraires : 61 marks (soit 76 fr. 25).

S'adresser pour tous renseignements à M. le D^r Rudin, médecin en chef à la clinique psychiatrique, Nussbaumstrasse, 7, Munich (Bavière).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

ANNÉE 1914.

PRIX AUBANEL. — 1.500 francs. — Question : *Les démences traumatiques à l'exclusion de la paralysie générale.*

PRIX CHRISTIAN. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX SEMELAIGNE. — 300 francs. — Ce prix est attribué à la meilleure thèse soutenue au cours des trois années précédentes, par un interne des asiles de la Seine ou des hôpitaux de Paris, sur un sujet de médecine mentale, concernant de préférence l'histoire, la législation ou la médecine légale.

ANNÉE 1915.

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Etude comparée du régime des réflexes dans les diverses formes de l'idiotie et de leur valeur pathogénique.*

PRIX CHRISTIAN. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de province momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des asiles de France, candidats au prix Christian, devront :

1° Etre de nationalité française;

2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1913 et 1914, dans les Facultés de médecine de France, sur un point de pathologie mentale et nerveuse.

NOTA. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1913 pour les prix à décerner en 1914, et le 31 décembre 1914, pour les prix à décerner en 1915, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le D^r ANT. RITTI, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 68, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société ; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;
3^o Faire parvenir au secrétaire de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Art. 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

SUR LA SIGNIFICATION

DE LA

RÉACTION DE BOUTENKO

PAR

A. PRINCE

et

L. TELLE

Licencié ès sciences,
Médecin des asiles publics.

Licencié ès sciences,
Pharmacien.

En 1910, M. Boutenko (de Moscou) annonçait (*Roussk. Vratsch*, 9 janvier) qu'on pouvait, dans une certaine mesure, s'aider d'une réaction urinaire pour diagnostiquer la paralysie générale progressive. Ayant obtenu un précipité noir en portant à l'ébullition pendant quelques secondes l'urine des paralytiques généraux avec la liqueur de protonitrate de mercure, il donnait cette réaction comme symptomatique de la méningo-

encéphalite diffuse. Les urines provenant d'individus autres que les paralytiques donnaient simplement un précipité blanc. Ainsi, le diagnostic de cette affection, souvent si délicat à l'aide des seuls signes cliniques, se trouvait considérablement simplifié.

HISTORIQUE. — L'action du nitrate mercurieux sur l'urine a été expérimentée depuis longtemps sans doute, car dans les anciennes Pharmacopées on trouve mentionné, sous le nom de « précipité rose de Lémery », une préparation résultant de la précipitation de l'urine par le nitrate mercurieux ; c'était un mélange formé principalement de chlorure et de phosphate mercurieux. On connaît aussi le réactif classique de Millon, qui donne avec certaines albumines urinaires une couleur rose chair, plus ou moins intense.

En 1906, un médecin russe, Iefimov, observa que les urines ne se comportaient pas toutes de la même façon vis-à-vis du nitrate mercurieux. Il portait à l'ébullition 5 à 10 centimètres cubes d'urine fraîche, et y ajoutait en continuant l'ébullition 5 à 10 gouttes de solution de nitrate mercurieux. Dans ces conditions, on obtiendrait en général un précipité blanc, à moins que l'urine ne provint d'un sujet atteint d'helminthiase, auquel cas le précipité prenait une teinte grise pouvant aller jusqu'au noir. L'auteur pense que les helminthes sont susceptibles de sécréter des toxines qui passent dans l'urine, et y provoquent la réaction dont il s'agit.

Ses recherches ont porté sur 1.000 cas. Il met en garde contre l'absorption de certains médicaments : poudre de Dower, bicarbonate de soude, qui pourraient par eux seuls donner la réaction. Les composés plombiques et certains sels de fer la fourniraient aussi ; l'albumine, le sucre et l'indican seraient sans influence, mais non le pus.

Ces résultats ont été contredits par Marcou (*Roussk.*

Vratsch, 24 mars 1907). D'après lui, cette réaction n'aurait aucun rapport avec l'helminthiase; on la rencontrerait d'une façon variable dans diverses affections, et elle serait liée, selon l'auteur, à la présence d'un excès de sels ammoniacaux dans l'urine.

Tulpine (*Vratsch Gaz.*, 2 et 4 juin 1907) n'a pas obtenu constamment des réactions positives dans les cas d'helminthiase.

Enfin Martinelli (*Gazz. internazion. di medica*, 7 juin 1908) a reconnu que la réaction était complètement indépendante de la présence des vers intestinaux; elle ne présenterait pas non plus de relation constante avec l'évolution des maladies infectieuses, et n'aurait aucune valeur pour établir leur diagnostic.

C'est alors que Boutenko (*Roussk. Vratsch*, 9 janvier 1910), reprenant les idées de Iefimov sur les sécrétions de toxines par les parasites de l'organisme, imagina de rechercher, au moyen du nitrate mercurieux, les anticorps qui donnent lieu dans le sang à la réaction de Wassermann, et qui, selon lui, devaient passer dans l'urine.

A la vérité, on ne voit guère *a priori* les raisons théoriques qui pouvaient faire supposer aux anticorps cette action élective sur le nitrate mercurieux, et on peut d'ailleurs trouver exagérée la prétention de vouloir caractériser par une réaction chimique aussi élémentaire et brutale, des substances telles que les anticorps (1).

Quoi qu'il en soit, Boutenko annonçait qu'il avait trouvé la réaction de Iefimov positive dans 84 p. 100 des cas de paralysie générale, et dans 33 p. 100 des cas d'autres maladies. L'intensité de la réaction serait

(1) Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que l'on voit des essais de ce genre. Schürmann (*D. med. Woch.*, n° 14) a proposé une réaction pour le diagnostic de la syphilis, qui repose sur l'emploi de phénol, de perchlorure de fer et d'eau oxygénée.

parallèle à l'aggravation de la maladie. Le précipité noir ne dépendrait, selon lui, ni de la densité et de la couleur de l'urine, ni de l'indican et des substances aromatiques.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, il présentait la réaction, maintenant connue sous son nom, comme pouvant servir dans une certaine mesure à établir le diagnostic de paralysie générale.

Beisele (*Münch. med. Wochenschr.*, 3 janvier 1911) publia des résultats qui confirmaient pleinement cette manière de voir ; il trouva la réaction positive dans 94 p. 100 des cas chez les paralytiques généraux, et ne la rencontra pas chez les autres malades. Il observa aussi des oscillations dans l'intensité de la réaction qui se montrait parallèle à la marche de la maladie. Il accordait donc une grande valeur diagnostique et pronostique à la réaction.

Telles ne sont pas les conclusions de Stern (*Münch. med. Wochenschr.*, 28 février 1911) et de Stücken (*Münch. med. Wochenschr.*, 18 avril 1911), qui refusent à la réaction tout rapport avec la paralysie générale.

Titus (*Wien. med. Wochenschr.*, 18 mars 1911), a trouvé la réaction positive dans 43 p. 100 seulement des cas de paralysie générale, et dans 35 p. 100 de cas quelconques.

Wiener (*Progr. med. Wochenschr.*, 13 avril 1911), après avoir fait ressortir l'influence de certains médicaments, tels que les narcotiques et les bromures, rapporte qu'il a observé 27 réactions positives contre 15 négatives chez les paralytiques généraux, soit 64 p. 100 de réactions positives. Il estime que la réaction serait surtout liée à l'état de cachexie de l'organisme, et il l'a observée à ce titre dans de nombreuses maladies autres que la paralysie générale.

P. Boveri (*Union pharmaceutique*, 1911, p. 535),

ayant étudié la réaction dans le liquide céphalo-rachidien, l'a trouvée constamment négative. Dans une récente communication à la Société de Biologie, cet auteur annonce qu'il va entreprendre l'étude de la réaction dans le sérum sanguin.

Signalons enfin les conclusions d'un important travail de E. Alvisi et Volpi Ghirardini (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 1, fasc. 4, août 1911). La réaction qu'ils ont rencontrée dans 5 cas de paralysie sur 12, se manifesterait aussi dans les maladies mentales les plus diverses, de même que dans le tabes. Par contre, on ne la rencontrerait jamais dans les urines d'individus sains. Les auteurs ont reconnu aussi l'influence des médicaments sur la réaction, en particulier celle des iodures. Ils concluent que la réaction de Boutenko, bien que digne d'intérêt, ne peut servir à établir le diagnostic de paralysie générale, qu'elle présente peut-être une valeur pronostique dans d'autres cas, mais qu'à ce sujet ils font toutes réserves.

En somme, il ressort de cet exposé que la réaction de Boutenko a été jusqu'ici l'objet des appréciations les plus contradictoires, et que sa signification, loin de se préciser, est devenue plus obscure au fur et à mesure que les recherches se multipliaient.

Abordant la question à notre tour, nous entreprîmes de vérifier cette réaction dans le service de M. Vigoureux, dont nous avons alors l'honneur d'être les internes. Nos expériences ne tardèrent pas à nous convaincre que le précipité noir ne s'obtenait qu'avec les urines d'un petit nombre de paralytiques généraux ; la période d'évolution de la maladie n'avait aucune influence sur son apparition. De plus, après avoir été positive pendant quelques jours chez un même malade, cette réaction devenait souvent négative, et vice versa. Le régime alimentaire ne nous a pas paru avoir une influence impor-

tante; toutefois, nous obtenions plus facilement un résultat positif chez ceux qui mangeaient de la viande que chez ceux qui étaient soumis à un régime lacté.

Nos recherches ont été également positives dans les maladies les plus diverses, à peu près dans la même proportion que dans la paralysie générale. Nous l'obtinmes aussi avec l'urine d'individus sains.

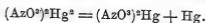
Ces résultats contradictoires ont été le point de départ de ce travail. Nous nous sommes proposé avant tout d'élucider la nature et le mécanisme de la réaction, ainsi que les conditions susceptibles de l'influencer.

ÉTUDE GÉNÉRALE DES PRÉCIPITATIONS NOIRES D'UN SEL MERCUREUX. — Nous allons d'abord examiner à quelles réactions chimiques peut correspondre la production d'un précipité noir à partir d'un sel mercurieux. Ces réactions sont nombreuses et très différentes. A ne considérer que les plus courantes, on peut les ranger en quatre catégories. Le précipité noir se produit :

- 1° Par alcalinisation ;
- 2° Par dédoublement ;
- 3° Par réduction ;
- 4° Par sulfuration, phosphuration, etc.

Les réactions par alcalinisation procèdent de l'action d'un alcalin, tel que la soude, le borax, etc., sur l'azotate mercurieux; il se produit un précipité noir que l'on considère comme de l'oxydule de mercure, Hg^2O . L'ammoniaque donne un précipité analogue, mais dont la composition serait peut-être différente.

Les réactions par dédoublement, ainsi que leur dénomination l'indique, dédoublent le sel mercurieux en sel mercurique et mercure qui se précipite sous forme de poudre noire. Selon Rose, on pourrait obtenir une telle réaction par la simple action de l'eau sur l'azotate mercurieux :



Mais ce n'est guère qu'en présence des sels haloïdes que cette réaction se manifeste nettement. L'action bien connue du chlorure de sodium sur le calomel en est un exemple. Dans le même ordre d'idées, l'action des bromures et des iodures est particulièrement intense. Le sel mercurique est absorbé au fur et à mesure de sa formation par le sel haloïde pour former avec lui un halogénaté-mercurate très stable.

Notons que la décomposition ainsi comprise de l'azotate mercurieux par l'eau ne peut avoir lieu qu'en milieu au moins légèrement acide, ce qui est le cas lorsqu'on emploie une solution d'azotate mercurieux, ce dernier ne pouvant se dissoudre qu'avec l'aide d'un acide.

Les réactions par réduction s'observent avec la plupart des réducteurs en milieu alcalin, par exemple, avec le glucose. Il est vrai que dans ce cas, la réaction est parallèle à une réaction par alcalinisation, et qu'il serait assez subtil de vouloir distinguer ces deux réactions.

Mais avec certains réducteurs énergiques, la réaction peut aussi avoir lieu en milieu acide, et être caractérisée ainsi sans ambiguïté; les sels d'étain au minimum nous en offrent un exemple bien connu.

Enfin, les réactions par sulfuration, phosphuration, etc., se produisent sous l'action des hydrogènes sulfurés, phosphorés, etc., les hyposulfites conduisent également à la sulfuration.

COMPOSITION DU RÉACTIF. — Après ces considérations un peu longues, mais nécessaires pour l'intelligence de la suite, nous appellerons l'attention sur l'importance qu'il y a à préciser, autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, la composition de la solution d'azotate mercurieux destinée à la réaction. Les auteurs parlent les uns de la liqueur de Bellose, les autres de solution d'azotate mercurieux, ou d'azotate mercurieux liquide, sans plus.

La liqueur de Belloste, d'après l'officine de Dorvault, se prépare en laissant réagir ensemble et à froid : Hg, 4 gr. ; Az³H à 33° Baumé, 5 gr. ; eau distillée, 30 gr. On obtient ainsi un mélange de composition variable qui renferme principalement, à côté d'azotate mercurieux, une certaine proportion d'azotate mercurique, et un grand excès d'acide azotique.

Dans la *Chimie pharmaceutique* de A. Gilkinet, nous trouvons la formule suivante :

Azotate mercurieux.	10 gr.
Acide azotique	1 gr. 50
Eau distillée, q. s. pour	100 gr.

Sous le nom de protonitrate de Hg rationnel, nous avons encore rencontré :

Azotate mercurieux.	30 gr.
Acide azotique	20 gr.
Eau distillée	100 gr.

Le nouveau Codex français indique une solution d'azotate mercurieux ainsi formulée :

Azotate mercurieux.	10 gr.
Acide azotique	10 gr.
Mercure	10 gr.
Eau	80 gr.

Enfin, les auteurs italiens Alvisi et Volpi Ghirardini, déjà cités plus haut, employaient une solution ainsi composée :

Azotate mercurieux.	10 gr.
Acide azotique à 25 p. 100.	XXIV gouttes
Eau distillée.	86 gr. 60

C'est cette dernière formule que nous avons employée en portant toutefois le volume total à 100 centimètres cubes au lieu de 90 environ, pour plus de simplicité. Nous verrons, en effet, par tout ce qui va suivre, qu'il y a intérêt, pour la sensibilité de la réaction, à employer un réactif exempt de sels mercuriques, ainsi que d'un trop grand excès d'acide azotique.

Nous rappellerons en outre que l'azotate mercurieux cristallisé est presque toujours imprégné d'acide azotique, et qu'il importe, avant de s'en servir, de le pulvériser et de l'essorer énergiquement pour l'en débarrasser.

TECHNIQUE SUIVIE. — A 10 centimètres cubes de liquide ou d'urine en ébullition, nous ajoutons V gouttes de solution mercurieuse, et nous prolongeons l'ébullition quelques secondes.

RÔLE DE L'ALCALINITÉ. — Il est évident que les réactions noires obtenues avec un liquide alcalin sont simplement significatives de l'alcalinité. Ainsi envisagées, elles ne présentent pas plus d'intérêt qu'un simple essai au papier de tournesol. Nous éliminons donc les réactions par alcalinisation, et dans tout ce qui va suivre, il est entendu que *nous ne considérons que des réactions en milieu au moins légèrement acide.*

Par conséquent, toute urine dont la réaction est alcaline, soit naturellement, soit par fermentation, devra être amenée pour l'essai à un léger degré d'acidité, et il faudra s'assurer que cet état persiste à l'ébullition.

RÔLE DES SULFURES. — La présence des sulfures et des hyposulfites dans les liquides de l'organisme est purement accidentelle et d'origine soit médicamenteuse, soit putréfactive. Nous pouvons donc aussi écarter les réactions par sulfuration.

RÔLE DES AUTRES AGENTS. — Nous avons dirigé de préférence nos essais vers les réactions par dédoublement ou par réduction. Etant donnée l'influence des sels haloïdes sur le dédoublement des sels mercurieux, nous nous sommes demandé si les sels neutres oxygénés en général ne jouissaient pas à un certain degré de la même propriété. Les expériences que nous avons faites à ce sujet nous ont démontré le bien-fondé de cette hypothèse.

LES SELS NEUTRES. — Les sels alcalins à acides forts ont une action très nette : le sulfate de soude, le sulfate et l'azotate d'ammoniaque sont dans ce cas. Les sels à acides faibles ou à acides organiques n'ont pas d'action appréciable ; il en est de même des phosphates bibasiques sans excès d'alcalinité, des acétates, benzoates, tartrates et salicylates. Toutefois, les borates donnent une réaction noire intense, mais ceci est un cas particulier dû à ce que l'acide borique ne manifeste pas de propriétés acides vis-à-vis de l'oxyde mercurieux.

Parmi les sels alcalins, les sels ammoniacaux possèdent de beaucoup l'action la plus forte ; on pouvait le concevoir *a priori*, étant donnée la tendance qu'ils ont à former des complexes ammonio-mercuriques.

Quant aux sels métalliques proprement dits, ils n'ont, en général, et sauf quelques cas particuliers, aucune action.

L'URÉE ET L'ACIDE URIQUE. — En dehors du cadre de cette étude, nous avons aussi noté l'action de l'urée, qui possède une action presque aussi forte que celle des sels ammoniacaux : celle de l'acide urique qui, bouillie avec la solution d'azotate mercurieux, se colore en jaune, et celle des urates acides (mélange d'acide urique et de phosphate disodique) qui donne lieu à une coloration légèrement grise, cette dernière réaction s'expliquant vraisemblablement par réduction.

LA DENSITÉ. — Les réactions que nous venons d'étudier se produisent en milieu très légèrement acide ; elles disparaissent en milieu très acide. Leur densité décroît aussi très rapidement en même temps que la concentration en sel neutre.

A la suite de cette constatation, nous nous sommes posé la question de savoir si les sels et les autres éléments normaux les plus importants de l'urine ne

pourraient pas, lorsqu'ils arrivent à une certaine concentration, suffire à provoquer la réaction de Boutenko, laquelle, par suite, ne serait plus en rapport qu'avec la densité de l'urine.

Nous avons donc examiné à ce point de vue un grand nombre d'urines normales ou pathologiques, de densités variées, et provenant en majeure partie du service de M. le Dr Vigouroux, de l'asile de Vaucluse. Notre technique a été celle indiquée plus haut, et nous avons pris soin d'éliminer les urines des malades qui avaient absorbé des médicaments, comme bromure, iodures, etc..., toutes substances susceptibles de troubler les résultats de la réaction. Les urines alcalines ou simplement neutres ont été ramenées à un état de légère acidité par addition d'acide acétique.

Les réactions ainsi obtenues donnent lieu tantôt à des précipités d'un blanc sensiblement pur, tantôt à des précipités dont la coloration passe par toutes les transitions, depuis le gris très pâle jusqu'au gris-noirâtre; mais jamais on n'obtient de précipité franchement noir comme celui que donne une urine devenue fortement alcaline par fermentation ammoniacale.

Ce fait est dû à ce que la matière noire est généralement très peu abondante dans le précipité (sauf le cas de forte alcalinité), et qu'elle se trouve toujours mélangée avec une proportion considérable de protochlorure de mercure, ou *précipité blanc*, dû aux chlorures de l'urine; de là un affaiblissement de la teinte.

Ceci démontre la nécessité qu'il y a de fixer avec précision la technique opératoire de la réaction. Si, en effet, au lieu d'employer dix gouttes de solution mercurieuse, on n'en emploie que deux ou trois gouttes, la teinte du précipité sera quatre ou cinq fois plus intense, et des réactions considérées comme sensiblement négatives auparavant, apparaîtront alors comme positives.

Quoi qu'il en soit, les réactions positives étant définies comme allant du gris très pâle au gris-noirâtre, nous avons constaté que jamais une urine de densité inférieure à 1,012 ou 1,014 ne donnait une réaction positive. De 1,014 à 1,026 les résultats sont variables : on a rarement une réaction intense. Enfin, au-dessus de 1,026, la presque totalité des urines donne la réaction, avec une intensité variable il est vrai.

Ces réactions s'atténuent, d'ailleurs, quand l'acidité du milieu augmente et disparaissent même pour une forte acidité.

Poursuivant la vérification de notre hypothèse, nous avons réalisé une sorte d'urine artificielle concentrée en préparant la solution suivante :

Phosphate de soude bibasique	14 gr. 12
Sulfate d'ammoniaque.	2 gr. 91
Carbonate de chaux.	0 gr. 63
Hydrocarbonate de magnésie.	1 gr. 40
Acide chlorhydrique normal.	222 c. c. 25
Acide sulfurique normal.	8 c. c. 40
Potasse normale	56 c. c. 25
Soude normale.	41 c. c. 25
Urée	26 gr.

Le mélange possédant une réaction fortement acide, on y ajoute de la soude normale jusqu'à ce que le tournesol rougisse à peine. On y dissout ensuite à chaud 0 gr. 60 d'acide urique, ce qui rend la réaction nettement acide, et on complète le volume à 750 centimètres cubes environ.

Cette préparation représente ainsi les sels minéraux, l'urée et l'acide urique de l'urine des vingt-quatre heures, renfermés dans un volume de 750 centimètres cubes ; la densité de cette urine serait très forte, comme on le voit.

Sur cette solution, nous avons alors procédé à l'épreuve par l'azotate mercurieux, suivant la technique habituelle. La réaction obtenue est assez nette, surtout

si l'on diminue la dose du réactif employé. Mais elle est toujours incomparablement moins intense que celle que l'on obtient avec des urines naturelles à densité élevée.

D'ailleurs, en diluant ces dernières avec de l'eau distillée de manière à les amener à une densité de 1,018 à 1,024, elles présentent encore une réaction assez intense, quoique affaiblie.

Au surplus, nous avons fait l'expérience inverse en concentrant par évaporation des urines à densité faible, et nous avons trouvé qu'en les réduisant à la moitié ou au tiers de leur volume, on pouvait obtenir des réactions qui, pour être très marquées, ne présentaient pas cependant l'intensité que nous aurions voulue.

Il nous a donc fallu en déduire que si les sels, l'urée et l'acide urique de l'urine normale pouvaient, par leur réunion et à un certain degré de concentration, contribuer à la production de la réaction de Boutenko, ce n'était toutefois que pour une bien faible part. Les véritables causes de la réaction devaient être cherchées ailleurs.

LES AMINO-ACIDES ET LES COMPOSÉS GLYCURONIQUES.

— Les amino-acides ayant été signalés comme réduisant l'azotate mercurieux, nous avons expérimenté le glyocolle et l'alamine en les dissolvant dans de l'urine normale, et soumettant ensuite celle-ci à l'essai. Nous avons ainsi constaté que, pour obtenir une réaction d'ailleurs faible, il fallait employer des quantités de ces amino-acides absolument hors de proportion avec celles que l'organisme peut éliminer.

Quant au glucose, sa présence dans l'urine est d'ordre pathologique et exceptionnel ; la réaction de Boutenko a presque toujours été observée en son absence ; il n'y a donc pas lieu de s'en préoccuper.

Les composés glycuroniques dont Bernier a établi la présence dans l'urine normale pouvaient être incrimi-

nés. Mais nous avons constaté que les urines qui donnaient une réaction intense ne donnaient plus la moindre réaction après défécation par la méthode de Patein, et l'on sait que cette défécation n'enlève pas les composés glycuroniques. Même en concentrant l'urine déféquée de manière à la ramener à son volume primitif, et en opérant la réaction en présence d'acétate de soude, on ne retrouve plus la réaction.

Par contre, nous avons constaté qu'après défécation des mêmes urines à l'acétate neutre de plomb, la réaction augmentait considérablement d'intensité. On obtient alors une coloration franchement noire, même en milieu fortement acidifié par l'acide acétique.

Ceci n'est pas attribuable à la présence du plomb, contrairement à ce qu'avait pensé Iefimov, car l'acétate neutre de plomb en solution dans l'eau pure ne réagit en aucune manière sur l'azotate mercureux pas plus à chaud qu'à froid.

D'ailleurs, l'addition à l'urine d'acétate de soude au lieu d'acétate de plomb permet d'obtenir à peu près le même résultat. Nous disons à peu près, car l'addition d'acétate de plomb a pour effet d'enlever à l'urine ses phosphates, urates, etc., et la plus grande partie de ses chlorures. Par suite, l'addition ultérieure de l'azotate mercureux ne donne plus naissance à une grande quantité de précipité blanc susceptible de masquer la teinte noire de la réaction.

D'autre part, les acétates en solution dans l'eau pure ne pouvant suffire à eux seuls à donner la réaction, nous en avons inféré que leur rôle était de permettre à un composé existant dans l'urine de réagir sur l'azotate mercureux.

LA CRÉATININE. — Ce composé, qui est éliminé par le réactif de Patein, et qui ne l'est pas par l'acétate de plomb, nous a paru devoir être la créatinine.

Pour vérifier cette dernière hypothèse, nous avons préparé du chlorhydrate de créatinine, suivant la méthode de Maly modifiée par G. Stillingflert et Johnson; nous avons constaté que la solution de ce sel ne réagit pas à l'ébullition sur l'azotate mercurieux. Par contre, si on y ajoute un sel organique tel qu'un acétate, on a instantanément une réaction noire intense, et cela, même en milieu fortement acidifié par l'acide acétique. La réaction est si énergique qu'elle commence déjà à froid, et qu'elle est complète avant d'avoir atteint l'ébullition. Elle est d'autant plus intense que la concentration en créatinine est forte, mais c'est surtout une forte addition d'acétate qui la favorise.

Au lieu d'un acétate, on peut employer un autre sel organique ou encore un phosphate bibasique tel que $\text{PO}^2\text{Na}^2\text{H}$. Toutefois, avec ce dernier, la réaction est un peu moins forte.

Si l'on emploie un urate acide, tel que l'urate acide de sodium, la réaction présente son maximum d'intensité. Rappelons que l'acide urique seul ne donne, avec le nitrate mercurieux, qu'une coloration jaune, et les urates acides une coloration à peine grise.

Pour nous rapprocher autant que possible de la teneur d'une urine naturelle, nous avons préparé une solution renfermant, par litre, 19 grammes de phosphate disodique et 2 grammes de chlorhydrate de créatinine; cette solution, saturée à chaud d'acide urique, représente certaines urines à forte densité en ce qui concerne ces trois éléments. Soumise à la réaction, suivant notre technique habituelle, elle a donné, comme nous nous y attendions, un précipité presque noir.

Répétant enfin la même expérience en employant pour dissoudre les produits une urine ne donnant pas la réaction, nous avons obtenu également une réaction intense avec un précipité franchement noir.

Il est, dès lors, facile de comprendre pourquoi la plupart des urines à densité élevée donnent la réaction. C'est que la majorité de ces urines, soit fébriles, soit émises, par exemple, à la suite d'exercices violents ayant provoqué une transpiration excessive, contiennent un excès de créatinine et d'urates.

D'ailleurs, lorsqu'une urine, à densité élevée ou même moyenne, ne donne pas la réaction, il suffit de lui ajouter une certaine quantité d'acétate de soude ou de phosphate de soude, ou encore d'urate acide de soude, pour obtenir la réaction à coup sûr. Quand on a des urines à densité très inférieure à la normale, cette addition est quelquefois insuffisante pour donner une réaction nette; dans ce cas, l'addition concomitante de chlorhydrate de créatinine permet toujours de l'obtenir.

On voit donc que le précipité noir observé avec certaines urines non alcalines, traitées à l'ébullition par une solution de nitrate mercurieux, est dû à une action non encore signalée de la créatinine sur les sels mercurieux, action qui ne peut s'effectuer en milieu acide que si ce milieu renferme une proportion suffisante de sels à acide faible (sels organiques, phosphates bibasiques).

On pourra définir avec plus de précision l'état de ce milieu en disant que son acidité doit correspondre à une dissociation électrolytique aussi faible que possible. En effet, nous avons établi que la réaction est fonction non du taux absolu de l'acidité, mais de la qualité de cette acidité, autrement dit, de la dissociation des acides en présence. Ainsi, la réaction est annulée rapidement en présence d'une petite quantité d'un acide fort ou d'une grande quantité d'un acide faible, c'est-à-dire chaque fois que les ions H deviennent suffisamment nombreux dans la liqueur. De même, nous avons constaté que la réaction augmentait régulièrement d'intensité avec la proportion d'acétate de soude ajouté; or, l'on sait que

l'addition d'acétate de soude à une solution d'acide acétique a pour effet de faire rétrograder la dissociation électrolytique de celui-ci, et d'augmenter la quantité d'ions H présents. Enfin, le fait que le chlorhydrate de créatinine pur ne réagit aucunement sur le nitrate mercurieux confirme encore cette manière de voir ; car, ainsi que nous le démontrons plus loin, si la réaction avait lieu, ce serait avec mise en liberté d'acide minéral, d'où forte dissociation.

Ceci établi, deux hypothèses sont possibles pour expliquer le mode d'action de la créatinine sur les sels mercurieux.

Suivant la première, la créatinine agirait comme simple réducteur en précipitant du mercure métallique, ainsi qu'elle agit, par exemple, sur la liqueur de Fehling. La réaction, ainsi interprétée, serait assez banale ; il est possible qu'elle se passe de la sorte en milieu alcalin ; mais il ne paraît pas en être de même dans nos expériences, c'est-à-dire en milieu acide. Nous avons remarqué, en effet, que le chlorhydrate de créatinine ne réagit pas sur les sels mercuriques, même à l'ébullition, et en présence d'un grand excès d'acétate de soude. Or, si le processus de notre réaction était un processus de réduction, il se réaliserait certainement mieux aux dépens des sels mercuriques, qui sont plus oxydants que les sels mercurieux.

Suivant la seconde hypothèse, le sel mercurieux se dédoublerait en mercure métallique et sel mercurique destiné à s'unir à la créatinine suivant une réaction connue. Le même phénomène se produit lorsqu'un sel mercurieux en présence d'iodure de potassium se dédouble en mercure et sel mercurique destiné à former un sel double avec l'iodure de potassium.

C'est ce dernier mode d'action que nous admettons ; il s'accorde parfaitement avec les faits connus et ceux

que nous avons établis. On sait, en effet, depuis longtemps que la créatinine donne, avec différents sels mercuriques, ainsi qu'avec le chlorure de zinc, des précipités cristallins, mais que ceux-ci n'apparaissent que dans des liqueurs très faiblement acides, ou en présence d'un excès d'acétate de soude. Or, ce sont précisément les conditions dans lesquelles nous avons observé notre réaction.

De plus, nous avons fait remarquer plus haut que la présence d'une certaine quantité de sels mercuriques entravait complètement la réaction. Ceci s'explique immédiatement avec notre théorie : si la créatinine se trouve en présence d'une quantité suffisante de sels mercuriques, elle s'y combinera directement en totalité, au lieu d'utiliser pour cette combinaison le dédoublement du sel mercurieux (1).

Les nombreux essais que nous venons d'exposer nous ont démontré que l'action sur le nitrate mercurieux des principaux éléments de l'urine autres que la créatinine est pratiquement négligeable; cette démonstration a été faite même en présence d'acétate de soude en excès.

CONCLUSIONS. — La réaction de Boutenko (précipité noir obtenu à l'aide du nitrate mercurieux agissant à l'ébullition sur certaines urines) peut s'obtenir avec des urines alcalines ou acides. En milieu alcalin, la réaction est banale et sans intérêt. La réaction en milieu acide doit seule être prise en considération. Deux conditions sont alors nécessaires pour la réaliser :

1° La présence dans l'urine d'une quantité suffisante de créatinine (condition généralement réalisée);

(1) Au cours de ces essais, nous avons observé une autre réaction de la créatinine, non signalée encore. En présence d'acétate de soude en excès, les sels de créatinine réagissent sur le nitrate d'argent au bout de quelques secondes d'ébullition; la liqueur se colore brusquement en rouge brun. Il s'agit très vraisemblablement ici d'un processus de réduction.

2° La présence d'une quantité suffisante de phosphates bibasiques ou de sels organiques (urates, hippurates, etc.).

On voit donc que cette réaction ne peut servir à caractériser ni l'helminthiase, ni la paralysie générale, ni certaines maladies fébriles, contrairement à ce qu'ont annoncé quelques auteurs. Sa signification clinique est assez vague et complexe. En général, elle sera celle que comporte la présence dans l'urine d'un excès d'urates ou de phosphates, avec une proportion de créatinine au moins égale à la normale.

BIBLIOGRAPHIE

Marcou. *Roussk. Vratch.*, 24 mars 1907. Constatations faites à l'occasion de l'emploi du protonitrate de mercure dans l'examen clinique des urines.

Tulpine. *Vratchelo Gaz.*, 2 et 9 juin 1907. La réaction de Léfimov dans l'helminthiase.

Martinelli. *Gazz. internazion. di med.*, 7 juin 1908.

Carletti et Dozzi. *Gazz. degli Osped.*, 22 mars 1908.

Gasparini. *Riforma med.*, 22 juin 1908.

Boutenko. *Roussk. Vratch.*, 9 janvier 1910. La réaction de l'urine à la liqueur de protonitrate de mercure (liqueur de Belloste) dans la paralysie générale progressive.

M. P. Beisele. *Münch. med. Wochenschrift*, 3 janvier 1911.

Stern. *Münch. med. Wochenschrift*, 28 février 1911.

M. H. Titus. *Wien med. Wochenschrift*, 18 mars 1911.

M. O. Wiener. *Prag. med. Wochenschrift*, 13 avril 1911.

M. H. M. Stücken. *Münch. med. Wochenschrift*, 18 avril 1911.

P. Boveri. *Union pharmaceutique*, 1911, p. 535.

P. Boveri. *Soc. de biologie*, 3 juin 1911. La réaction de Boutenko dans le liquide céphalo-rachidien.

E. Alvisi et Volpi Ghirardini. *Rassegna di stugli psichiatrici*, vol. I, fasc. 4, août 1911.

Semaine médicale : 1906, n° 47, p. 557; 1907, n° 22; 1907, n° 39, p. 466; 1908, n° 33, p. 392; 1910, n° 13, p. 156; 1911, n° 22, p. 258; 1911, n° 29, p. 343.

UN CAS DE DÉMENCE PRÉCOCE

AYANT PRÉSENTÉ UN ÉTAT CATALEPTIQUE DE DURÉE INSOLITE

Par le D^r HALBERSTADT

Médecin des asiles.

Il est de notion courante en psychiatrie que la démence précoce peut débiter par des phénomènes hystérisiformes, et nous avons déjà eu l'occasion d'insister sur les faits de ce genre dans un travail antérieur (1). Nous apportons aujourd'hui l'observation d'une malade, suivie pendant plus de trois ans, qui nous paraît intéressante à divers égards et qui montre combien peu classique peut parfois être le début de la démence précoce.

M^{lle} D..., entrée à l'asile de Saint-Venant le 1^{er} septembre 1909, à l'âge de trente-cinq ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort de « vieillesse ». La mère a eu la chorée à dix-sept ans, morte de « congestion pulmonaire ». Le père et toute la famille du côté paternel étaient des gens « nerveux ». Il n'y a pas eu d'aliénés dans la famille. La malade est fille unique.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A toujours été « nerveuse », mais nullement débile. Paralysie infantile, suivie d'atrophie du membre supérieur droit. M^{lle} D..., qui appartient à une famille de moyenne bourgeoisie, a reçu une assez bonne instruction. Sa vie a été calme et régulière. Vers 1899, court accès de mélancolie, avec idées hypocondriaques : se croyait malade, voulait se faire opérer ; alitée pendant quinze jours. Les années

(1) Halberstadt. Phénomènes hystérisiformes au début de la démence précoce. *Revue neurologique*, 1910, 2^e vol., p. 161.

suivantes se sont écoulées sans l'apparition d'un phénomène psychopathique quelconque.

DÉBUT. — Les premiers symptômes ont débuté six semaines environ avant l'internement. Le caractère commença à se modifier; quelques bizarreries dans la conduite furent notées par l'entourage, c'est ainsi qu'elle refusait l'argent que lui devaient ses débiteurs. Il y a eu des hallucinations de l'odorat : le charbon « sentait mauvais », les visiteurs dégageaient une odeur suspecte. Une nuit, brusquement, survient un accès d'agitation : elle croit que des inconnus frappent à sa porte (il n'y avait personne), ne veut pas se recoucher, devient surexcitée, puis, tout d'un coup, apparaît une période de mutisme absolu, qui dure deux heures. La malade devient raidie (pas de convulsions). Dans la journée suivante, le tableau morbide change : elle se met à courir dans les champs, crie, manifeste des craintes non motivées. Internée dans une maison de santé privée, D... s'y montre tantôt calme, tantôt excitée; durée de l'internement : un mois. Maintenant, depuis une semaine, est absolument inerte, ne faisant aucun mouvement, ne mangeant pas (lavements nutritifs), n'ouvrant pas les yeux, ne disant rien. C'est dans ces conditions que la famille place D... à l'asile, en vertu d'un certificat médical qui constate l'existence d'une « folie hystérique ».

EXAMEN DE LA MALADE A L'ENTRÉE. — Le sujet paraît plongé dans un sommeil complet. Aucun mouvement spontané ne s'effectue. L'inertie est totale et absolue. Les yeux sont clos. La bouche est fermée. Le mutisme est complet. Le facies est immobile, sans expression, comme celui d'une personne endormie. Quand on veut l'habiller ou la laver, gémit, mais ne résiste pas. Conserve les attitudes imprimées aux membres supérieurs, surtout à gauche. Ne réagit pas à la piqûre, mais paraît sentir un peu. Les réflexes patellaires sont exagérés des deux côtés. Il y a de la constipation et de la rétention d'urine. Nous sommes obligé, dès son entrée, d'avoir recours à l'alimentation artificielle. Pas de stigmates physiques de dégénérescence. Mentionnons l'existence d'une légère atrophie musculaire du membre supérieur droit, due à la poliomyélite de l'enfance.

Evolution de la maladie. — Cet état cataleptique persista, comme nous le verrons, pendant très longtemps. Nous devons noter maintenant les modifications saillantes observées au cours de la maladie.

7 juillet 1909. — Commence à uriner seule. Gâtisme. La narcolepsie persiste sans modification, Sous l'influence de l'alimentation artificielle (deux fois par jour), l'état physique s'améliore rapidement.

4 octobre 1909. — Pour la première fois depuis l'entrée, apparaissent les règles (était réglée quelques jours avant l'admission). L'état reste stationnaire, sauf pourtant quelques points nouveaux. Depuis quelque temps, pousse parfois des cris inarticulés, perçants, de tonalité bizarre, sans expression; puis se met à pleurer. Le 3, brusquement, se jette volontairement, par un mouvement violent, en bas de son lit. A noter qu'il y a quelques semaines manifestait des idées délirantes, contrastant avec son mutisme habituel. Elle disait : « Je dois mourir, car j'ai fait mourir mes parents ».

19 octobre 1909. — Le 18 paraissait gaie. D'habitude silencieuse et indifférente, gardant toujours la même attitude stéréotypée de stupeur catatonique, la malade avait hier comme des moments de gaieté. Riait aux éclats, souriait sans raison apparente, etc., mais ne parlait pas. Ce matin, étant assise sur une chaise à côté de son lit, elle a appelé la surveillante et dit : « Recouchez-moi, je vais avoir une syncope. » Aussitôt recouchée, devient pâle et a effectivement une syncope de courte durée. Ensuite dit : « Maintenant, je me trouve mieux ». Chose curieuse : D... semble se rendre compte de tout ce qui se passe autour d'elle. Il y a quelques jours, en présence de sa tante venue pour la voir, a pleuré et puis, sur une observation de celle-ci, a spontanément essuyé ses larmes. Une autre syncope a encore eu lieu en 1909.

9 novembre 1909. — Sourit fréquemment quand elle entend parler autour d'elle; il y a deux jours, une malade faisait entendre, pendant la visite, ses récriminations, et D... a ri franchement, comme en se moquant de l'autre malade, mais sans desserrer les lèvres. Elle commence à se retourner dans son lit l'inhibition motrice s'atténue. S'écorche la peau avec ses ongles. Est parfois couverte d'égratignures comme si elle était tombée dans un fourré d'épines.

Juillet 1910. — Est toujours dans un état cataleptique. Paraît comme surexcitée à l'époque des règles.

25 septembre 1910. — Est sujette, depuis quelque temps, à des crises bizarres d'une durée de cinq à dix minutes : elles surviennent surtout au moment des époques menstruelles et ne s'accompagnent ni de perte de connaissance ni de convulsions ;

crie d'une voix aiguë et perçante, très fortement, sans expression; les cris sont inarticulés (voir plus haut); se tord dans son lit pendant ces crises; devient rouge.

La phase de la maladie pendant laquelle M^{lle} D... paraissait plongée dans le sommeil a duré plus de dix-huit mois, depuis l'entrée jusqu'en février-mars 1911. Pendant les premiers mois, elle était toute raide, comme d'une pièce. Puis, on est arrivé à pouvoir l'asseoir, appuyée sur le dossier d'une chaise. Jamais, pas une seule fois, elle n'a pu rester debout. Durant toute cette période, a été alimentée à la sonde, deux fois par jour et très exceptionnellement une seule fois : quatre œufs et deux litres de lait dans les vingt-quatre heures, sucre, café fort, abstinence alcoolique absolue. A plusieurs reprises a eu du quinquina. Une fois, en 1909, a pris seule un peu de lait à la cuiller et a demandé alors à l'infirmière : « Qui êtes-vous? », puis s'est rendormie. Une atténuation des symptômes primitifs a commencé à se manifester dès la fin de 1909. Outre la modification au point de vue de la raideur musculaire dont nous venons de parler plus haut, mentionnons aussi que, vers cette époque, elle commence parfois à sourire ou à pleurer pendant les visites de sa famille (les yeux toujours obstinément fermés et les membres inertes). A la fin de 1910, commence la phase du réveil, qui a été lent et progressif. D'abord souriait un peu, disait quelques mots, ouvrait parfois au matin les yeux. Ensuite, s'est mise à dire des prières, notamment au moment des deux sondes quotidiennes; ces prières étaient toujours les mêmes. En février-mars 1911, commence à manger seule, plus tard et peu à peu à se lever de son lit. Pendant toute la durée de ce sommeil pathologique, nous avons noté l'existence d'une abondante sialorrhée.

Juin 1911. — Répond sans difficulté (ou presque) aux questions. Elle a été non pas malade, mais simplement « endormie ». Très désorientée. Se croit dans un tribunal. Ignore depuis quand elle est ici. Ne peut désigner exactement le mois et l'année en cours : « Je ne puis vous répondre. Comment voulez-vous qu'une personne endormie puisse dire depuis quand elle est ici? » Pas de délire systématisé, mais existence d'idées d'ordre mystique et aussi probablement de préoccupations d'ordre sexuel. Affirme tout le temps, sans qu'on l'interroge sur ce point, qu'elle ne veut pas se marier, qu'elle n'a pas la « vocation », etc. Passe sa journée à dire des prières ou à lire des livres de piété. Au milieu de la conversation, parfois après

chaque phrase prononcée, dit ces mots : « Jésus, Marie », puis continue à parler. A table, elle répète les mêmes mots à chaque instant, certainement dix ou vingt fois au cours du repas. N'a pas de troubles sensoriels : « Je n'entends pas de voix, et je prie le bon Dieu de ne pas en entendre. » L'activité intellectuelle spontanée est gravement atteinte. Ne s'intéresse à rien de ce qui se passe autour d'elle, ne parle pas de sa famille, ne manifeste aucune initiative. Effectue correctement des opérations simples d'arithmétique. Voici quelques exemples : 8×9 ? Rit. Puis : « Je cherche à le savoir, je ne peux arriver à le dire »; après réflexion, donne le résultat exact. 5×6 ? Dit : « 30. Jésus, Marie ». $5 + 14$? Ne veut pas répondre, dit qu'elle ne peut pas calculer, finalement : 19. A conservé les notions scolaires banales (géographie, etc.). Depuis quelques mois mange à la table commune, mais il faut lui porter la nourriture à la bouche et procéder très patiemment. Depuis le mois de mai n'est plus gâteuse. Il y a du maniérisme extrêmement accusé, allant de pair avec des stéréotypies. Elle se déplace seule, mais la démarche est bizarre; c'est ainsi qu'elle monte l'escalier d'une façon toute particulière : elle met un pied sur la marche, puis ajoute l'autre, ensuite seulement déplace le premier, et ainsi de suite; on ne peut obtenir qu'elle procède autrement, c'est-à-dire en ne mettant pas les deux pieds sur la même marche. Le maniérisme et les stéréotypies se manifestent aussi dans son maintien, dans sa façon de parler, et nous avons vu d'autre part que ses idées mystiques revêtaient une formule le plus souvent identique.

Notons aussi un certain degré de négativisme. Les pupilles sont de grandeur normale, mais semblent réagir paresseusement. Les réflexes patellaires sont normaux. Il y a un souffle cardiaque au premier temps à la pointe, de nature plutôt fonctionnelle qu'organique. Un phénomène très remarquable présenté par D... et dont la réalité a été contrôlée par nous à plusieurs reprises, est l'apraxie. Ne peut se boutonner. Ne sait pas tenir la cuiller comme il faut. Ne peut enfiler une aiguille. Ne sait pas se servir des ciseaux. N'arrive pas à saisir un crayon normalement... « La seule chose que je puisse faire, c'est prier le bon Dieu. » Elle connaît l'usage qu'on fait des objets qui lui sont présentés, mais n'arrive pas à les manier comme autrefois, avant la psychose. Dans l'apraxie même, on trouve de la stéréotypie; c'est ainsi que le crayon et les ciseaux sont saisis par la malade de la même façon : elle se sert dans ce but de

ses deux index, droit et gauche, puis, lorsque l'objet est ainsi saisi, elle essaie de s'en servir normalement. Nous lui donnons du papier et des ciseaux et la prions de s'en servir. Elle met les deux index dans les deux orifices des ciseaux et essaie de couper. Mais le papier fuit, bien entendu, sur la table; la malade arrive à prendre le bord du papier entre les deux branches tranchantes des ciseaux, mais ne peut faire une entaille : « Je ne peux pas, il se sauve, le papier ». Le crayon est pris également avec les deux index, puis D..., après de multiples efforts, aboutit à tracer quelques phrases décousues sur le papier qu'on lui a donné. Tous les objets — le peigne, le savon, la fourchette, etc. — sont saisis de la même façon, les quatre doigts inactifs infléchis vers la paume de la main. Il en résulte l'impossibilité de faire quoi que ce soit par elle-même.

ÉTAT DE LA MALADE EN OCTOBRE 1912. — Une certaine amélioration par rapport à 1911, n'est pas douteuse, mais l'affaiblissement intellectuel est des plus nets et ne paraît pas susceptible de régression. Le raisonnement est défectueux, l'activité intellectuelle spontanée est nulle. Ce qui domine le tableau clinique, ce sont les troubles de la mémoire et de l'orientation. Elle ne se rend aucun compte de l'endroit où elle se trouve et affirme toujours qu'elle est dans un tribunal. Comme âge, elle donne constamment le chiffre de trente-cinq ans (âge à l'entrée). « Nous sommes, dit-elle constamment, en août 1909. » Il semble que D... n'a aucune notion de la durée du temps. Quand elle commence à être réglée, la malade oublie l'intervalle mensuel qui s'est écoulé depuis ses dernières règles. Il lui paraît donc étrange qu'elle ait des métrorrhagies continuelles. Ce trouble de la mémoire est à la base de quelques idées délirantes sexuelles et de persécution (s'imagine qu'on l'a déflorée en la sondant). Nous notons également l'existence d'hallucinations, surtout d'hallucinations du goût et de l'odorat, liées à des idées d'empoisonnement; les hallucinations de l'ouïe sont plutôt rares (on la menace de l'assassiner). Les penchants mystiques, à expression stéréotypée, n'ont pas diminué. La malade ne s'intéresse à rien et ne demande pas à s'occuper. Les sentiments affectifs semblent peu intenses. Il y a un degré marqué de négativisme. La marche, contrairement à ce que nous avons noté en 1911, est normale. Mais l'attitude des mains et des doigts est toujours bizarre. D'habitude, M^{lle} D... est assise dans un fauteuil, les mains jointes comme pour prier. En prenant les objets, elle se sert d'une seule main s'il le faut (en 1911, se servait toujours

des deux mains), et fait mouvoir convenablement ses doigts, à l'exception toutefois des pouces, qui restent infléchis constamment vers les paumes des mains : « C'est défendu de redresser les pouces. Vous comme médecin, vous devez comprendre... » M^{lle} D... refuse d'écrire à ses proches. Elle griffonne des phrases sans suite sur le papier, où des invocations mystiques jouent le rôle principal. Comme lecture, elle ne veut que des livres de piété. La parole est parfois à intonation puérile; sauf si c'est absolument nécessaire, elle n'entre pas en conversation avec les autres pensionnaires ni avec le personnel. Quand nous aurons ajouté que les fausses reconnaissances sont nombreuses, nous aurons tracé les principaux caractères du tableau morbide présenté par la malade.

L'observation qui précède montre, une fois de plus, combien peut parfois être étrange le début de la démence précoce. Après une phase prémonitoire, survint la première période de la maladie, qui dura plus de dix-huit mois. Pendant tout ce temps, avec des intervalles insignifiants, la malade paraissait plongée dans un état de sommeil. La période actuelle ne ressemble en rien à la précédente : la malade va et vient, elle parle, s'alimente seule, etc. Parmi les particularités cliniques, signalons les suivantes, que nous n'avons observées, bien entendu, que pendant cette deuxième période : amnésie à caractères un peu spéciaux (voir plus haut); un certain degré d'apraxie. A propos de ce dernier symptôme, nous devons dire qu'il nous a paru lié, chez M^{lle} D..., au négativisme. Ainsi se trouverait confirmée l'opinion émise dernièrement à ce sujet par Bleuler (1). Autrefois, on rangeait les malades telles que la nôtre dans le cadre de l'hystérie. Mais déjà Colin, dans sa thèse, a insisté sur la rareté de la démence chez les hystériques (2).

(1) Bleuler. *Dementia præcox*. Dans le *Handbuch de Aschaffenburg*., Vienne, Ed. Deuticke. 1911, p. 162.

(2) Colin. *Essai sur l'état mental des hystériques*. Th. de Paris, 1890, p. 246.

En fait, il s'agit, dans notre cas, d'une démente précoce certaine, qui a débuté par des phénomènes hystéroides, ou mieux : *hystéroïdes*, pour nous servir de la terminologie proposée par Austregesilo (1).

(1) Austregesilo. *Hysteria e síndrome hysteroide*. Congrès de Rio de Janeiro, 1909.

Médecine légale

UNE AFFAIRE D'ATTENTATS A LA PUDEUR

Par le Dr René MASSELON

Directeur médecin de l'asile de Prémontéré.

Parmi toutes les infractions à la loi, aux mœurs, parmi toutes les violences contre la sûreté des personnes, il n'en est pas qui soient plus souvent en contradiction avec tout ce que l'on croyait connaître de leurs auteurs que les crimes ou les délits qui sont commis sous l'impulsion de l'instinct sexuel. Il n'est peut-être pas en effet d'instinct qui porte en soi une force plus capable de désorganiser les vies en apparence les plus saines et les mieux équilibrées. De cette vérité, banale à force d'être fréquemment constatée, les faits divers témoignent chaque jour, et le sens intime du grand public en est si bien pénétré que, s'il est des crimes que de préférence il excuse, ce sont bien ceux que l'on a coutume de désigner sous le nom de crimes passionnels.

Mais à côté de ces affaires retentissantes où l'instinct sexuel réfréné exacerbe toutes les pensées de violences, où le désir refoulé, et comme honteux de son impuissance, ne trouve d'autre exutoire que dans la vengeance et la destruction, il est d'autres cas, plus cachés, plus honteux, où les forces sexuelles réprimées soit par une

timidité naturelle, un défaut d'audace inné, une crainte exagérée de manquer à ses propres promesses, soit par la situation sociale et la crainte de la réprobation publique, s'épanchent en des actes qui apparaissent comme contraires aux desseins normaux de la nature. Bien souvent les attentats à la pudeur sont de ceux-là. Et s'il en est qui sont le résultat de véritables perversions sexuelles, la jouissance désirée ne pouvant être atteinte que dans certaines circonstances anormales bien déterminées et jamais en dehors de celles-là, s'il en est aussi qui sont le produit d'un véritable dilettantisme moral où les curiosités de l'intelligence ont peut-être plus de part que les perversions des sens, il en est d'autres, plus nombreux encore, qui sont le fait des circonstances dans lesquelles la situation sociale a placé un caractère faible et incapable de résister aux sollicitations impérieuses d'un organisme comprimé. L'affaire suivante, par la personnalité de son auteur, montre nettement comment certaines actions résultent nécessairement de la combinaison d'un état psychologique et d'une situation sociale déterminés.

A. B..., curé desservant à X..., âgé de trente-neuf ans, est inculpé d'attentats à la pudeur.

Appelé à faire le catéchisme tous les jeudis dans la chapelle de l'église de Y..., il faisait venir près de lui les enfants et les prenait entre ses genoux pour leur faire réciter leur leçon. C'est dans cette situation que, depuis six mois environ, d'après son propre témoignage, il se livre aux actes qui lui sont reprochés. Comme le prêtre était séparé par une table des autres élèves, ceux-ci ne pouvaient voir ce qui se passait.

Arrêté, A. B... a fait immédiatement des aveux. Il reconnaît volontiers qu'il a cédé au désir de caresser les parties sexuelles des fillettes, qu'il a sorti sa verge de sa soutane et qu'à maintes reprises il l'a fait toucher par des enfants de l'un et l'autre sexe. Cependant, malgré les témoignages, il nie que ces manœuvres aient

jamais abouti à l'éjaculation, et il donne, des sensations éprouvées, des explications sur lesquelles, au cours des divers interrogatoires, il n'a jamais varié.

Tels sont les faits révélés par l'instruction. Pour répondre aux questions qui lui sont posées, l'expert doit tenter de reconstituer le milieu mental d'où ces faits sont issus et, par l'examen complet de l'inculpé, rechercher s'ils sont le produit immédiat d'une maladie mentale déterminée, si quelque anomalie psychique a présidé à leur genèse ou s'ils résultent simplement du jeu des instincts normaux.

A. B... se présente à l'examen sous les traits d'un homme grisonnant, triste, abattu, brisé par son arrestation et peut-être par le sentiment de la gravité de sa faute.

Au début, dit son gardien, il était « comme idiot » ; mais, peu à peu, son abattement a diminué et, maintenant, quoique toujours sombre et concentré, il semble avoir repris contact avec la réalité. Il se prête volontiers à l'examen, mais ne répond qu'après un assez long temps de réflexion à la question qu'on lui pose, comme s'il avait peine à en comprendre immédiatement le sens. Lui-même prend soin d'ailleurs d'expliquer la lenteur de son idéation : « Depuis que je suis ici, dit-il, j'ai le cerveau vide » ; ou bien : « Il me semble que je suis comme dans un rêve ; attendez... beaucoup de faits ne me sont pas présents à la mémoire », et cet état de prostration s'explique suffisamment par le choc moral provoqué par son inculpation. Néanmoins, peu à peu, à mesure que l'interrogatoire progresse, il entre davantage en confiance et fournit sur sa famille, sur lui-même, sur sa vie passée et sur les faits qui ont amené son arrestation des renseignements de plus en plus précis et qui permettent de pénétrer plus profondément dans son caractère.

Ces renseignements, corroborés par sa mère et par diverses personnes qui l'ont approché, peuvent se résumer à peu près dans les faits suivants :

A. B... appartient à une famille qui, saine du côté maternel, présente du côté paternel de lourdes tares psychopathiques.

Sa grand'mère paternelle a présenté, vers l'âge de

soixante ans, des troubles mentaux qui peuvent vraisemblablement être rattachés à la démence sénile.

Son père, ancien gendarme, avait toujours eu un caractère taciturne et emporté. Vers la soixantième année, alors qu'il était retraité, son humeur s'assombrit encore et il commença contre sa femme un véritable délire de jalousie : il prétendait que celle-ci le trompait avec tout le pays, et souvent, croyant entendre des coups à la porte, il soutenait que c'était le signal convenu d'un de ses nombreux amants. Sous l'empire de ses idées délirantes, il entra dans de violentes colères, et les habitants du pays ont été maintes fois témoins de ses emportements et de ses violences. Bientôt, ses facultés baissèrent et, à soixante-dix ans, il mourut d'une affection cardiaque, dont il souffrait depuis longtemps.

Une tante paternelle présenta, vers l'âge de cinquante-sept ans, un accès d'agitation avec violences, terminé par un ictus. Elle mourut un an après, paralysée.

L'inculpé est né à terme. Il a marché précocement, vers dix ou onze mois, et, sauf une bronchite aiguë, vers treize ou quatorze mois, qui fut très grave, n'a présenté dans sa première enfance que les maladies auxquelles sont habituellement sujets les enfants de cet âge.

Élevé très durement par son père, il fut placé, vers l'âge de treize ans, chez son oncle, qui était prêtre, pour y poursuivre ses études, car son père, quoique de condition modeste, avait pour lui de l'ambition.

Les personnes qui l'ont connu à cette époque le présentent déjà comme un enfant taciturne, peu expansif, craintif, qui se repliait sans cesse sur lui-même et qui ne prodiguait pas les démonstrations d'affection ou les témoignages d'amitié. « Il était abruti par son père », disait son oncle.

Deux ans après, il entre au petit séminaire, et sa vocation, d'abord hésitante, s'oriente peu à peu et se fixe définitivement.

Ce n'est d'ailleurs pas dans une pression qu'auraient exercée sur lui son oncle ou d'autres membres de sa famille, c'est dans les suggestions tout automatiques du milieu, dans l'atmosphère qui l'a baigné dès son

enfance qu'il faut chercher l'origine de cette vocation. Il ne semble pas que A. B... soit devenu prêtre parce qu'on lui a imposé le sacerdoce, il ne semble pas davantage qu'un grand élan de foi l'ait poussé vers ce ministère ; il est allé à l'autel tout naturellement, sans contrainte ni enthousiasme, parce qu'il appartient à la classe de ces caractères faibles qui sont façonnés par le milieu et qui suivent simplement la voie sur laquelle le hasard les a placés.

En fait, il n'a jamais regretté la détermination qu'il avait prise, il n'a jamais songé qu'il aurait pu mener une vie plus mondaine, il n'a jamais désiré les joies de la famille. Il exerçait avec plaisir les diverses fonctions de son ministère. Il aimait les cérémonies du culte, il lisait, préparait ses sermons, visitait ses paroissiens, accomplissait, semble-t-il, tous les offices de son sacerdoce avec une sorte d'application méthodique et routinière.

Au sortir du séminaire, nous le trouvons d'abord vicaire à C..., où il reste deux ans, puis desservant à D..., ensuite vicaire à M..., auprès de son oncle, doyen de ce canton, desservant enfin à X..., où il arriva, voilà trois ans, lorsque son oncle eut pris sa retraite.

Partout où il a passé, A. B... est resté l'homme sombre, taciturne, peu communicatif, que nous avons déjà dépeint. D'un caractère triste (tout le monde était ainsi dans sa famille), il fuyait le monde, où il parlait peu, se contentant d'écouter et de répondre, quand il y était contraint, par des paroles brèves et peu explicatives. Le regard vague, il donnait toujours l'impression d'être perdu dans des rêveries lointaines, ou d'être dominé par des préoccupations obsédantes. A l'entendre, cependant, il ne semble pas que cette interprétation soit très exacte. Il se dépeint plutôt comme un timide, qui a peur de se livrer et qui, se sentant mal à l'aise dans la société, préfère la solitude.

Néanmoins, cette réserve, cet éloignement du monde étaient assez grands pour avoir attiré l'attention de tous ceux qui l'ont connu, en même temps que l'étrangeté de son regard frappait ceux qui l'approchaient : « A... a le regard d'un fou », disait son oncle.

A cette timidité s'ajoute un manque de résistance, de

réaction morale, qui n'en est d'ailleurs que la conséquence. Déjà, à M..., alors qu'il était accusé d'avoir une maîtresse, il resta plusieurs jours désespéré : il était alors comme hébété, nous dit une amie de son oncle ; il s'enfermait des journées entières dans sa chambre, et, lorsqu'on le pressait de questions sur la réalité des faits dont il était accusé, tout en protestant de son innocence, il ne savait que pleurer, et se laissait accabler comme un enfant. Plus tard, lors de son arrestation, il n'a même pas essayé de nier ; il a immédiatement avoué, et est tombé dans un état de prostration dont il commence à peine à sortir.

Tous ces faits contribuent à éclairer les diverses particularités de la vie sexuelle de l'accusé.

Bien qu'il soit assez difficile d'analyser clairement ce qui se passe au fond de cette conscience qui — nous le disons en passant — s'analyse assez mal, il semble que, jusqu'aux faits qui lui sont actuellement reprochés, cette vie ait été assez effacée.

Nous savons bien qu'il ne convient d'accepter qu'avec la plus grande réserve les déclarations de l'inculpé qui, soit intérêt, soit répugnance à scruter un bas-fond de lui-même que sa qualité de prêtre doit lui rendre particulièrement odieux, peut voiler sciemment la vérité. Cependant, A. B... donne, en parlant, l'impression de la sincérité, et ses déclarations s'accordent avec celles des témoins. S'il n'a pas toujours été en pensée le chaste qu'il prétend être, il ne semble pas néanmoins qu'avant ces derniers temps ses préoccupations sexuelles se soient traduites par des impulsions ou par des actes.

A. B... affirme, en effet, que jamais il n'a été obsédé par le désir sexuel, que jamais il n'a été tourmenté par des images ou par des rêves érotiques, que jamais il ne s'est complu à la représentation de scènes voluptueuses ou obscènes. Il ne recherchait pas les livres ou les récits graveleux ; ni ses rêves, ni ses nuits n'étaient remplis par des pensées libidineuses. Très réservé dans ses propos, il manifestait de l'éloignement pour les conversations risquées. Sans doute, il a pratiqué l'onanisme dans sa jeunesse mais, ce n'était, à l'entendre, qu'à des intervalles très éloignés. Et s'il avait, depuis sa puberté, des pollutions nocturnes assez fréquentes, elles

ne s'accompagnaient pas de représentations, et il n'y voyait lui-même qu'un phénomène naturel, un exutoire à la continence que son état lui imposait.

Bref, il n'avait aucune peine à respecter son vœu de chasteté. La femme ne lui inspirait ni désir ni envie. Bien au contraire, il la fuyait. Il hésitait à embrasser ses consines. La présence des femmes le gênait. C'est un fait qu'il affirme et qu'attestent ceux qui l'ont approché.

Il ne conviendrait pas, croyons-nous, de considérer cet éloignement de la femme comme le résultat d'une frigidity sexuelle anormale. C'est une manifestation assez commune chez le timide que cette réserve, cette gêne en présence du sexe opposé; et, bien loin de voir là une répulsion véritable, nous serions plutôt portés à y découvrir une sensualité qui s'ignore, et les effets d'un trouble qui ne s'avoue pas à soi-même.

L'enquête nous révèle un bruit qui courut sur A. B... lorsqu'il était vicaire à M... : il aurait eu alors une maîtresse. Ce bruit, A. B... l'a connu, car l'affaire, en son temps, fit scandale. C'est cette accusation qui l'a tant troublé. Il affirme d'ailleurs qu'elle n'a jamais eu de fondement. La femme dont il était question était une ivrognesse beaucoup plus âgée que lui; elle était laide; il ne l'allait voir que pour les fonctions de son ministère; et il ajoute : « Si j'avais voulu avoir une femme, je me serais payé mieux. » Ces déclarations sont corroborées par un certain nombre de personnes qui pensent qu'il n'y a eu là qu'un bruit comme l'esprit gaulois aime à en faire courir sur les prêtres. Comme, aussi bien, ce fait semble isolé dans la vie de l'inculpé, nous ne nous y attarderons pas.

Nous arrivons aux actes qui ont amené l'arrestation de A. B..., et ici nous ne devons omettre aucun détail, aucune particularité, susceptibles de nous éclairer.

Tout d'abord, il convient de faire remarquer que l'inculpé ne s'y livre que depuis peu de temps; jamais, avant ces six derniers mois, il ne les avait pratiqués. Nous pouvons, sur ce point, accepter ses dires, qui semblent confirmés par l'enquête.

En dehors de la paroisse de X..., A. B... desservait la commune de Y... Il y allait tous les jeudis, à bicy-

clette, faire le catéchisme aux enfants. Il y a six mois environ, comme il s'apercevait que ceux-ci, assez éloignés de lui, se soufflaient réciproquement leur leçon, il en fit approcher un qu'il prit entre ses genoux. C'est alors, prétend-il, que la tentation l'a pris. Jamais, auparavant, il n'avait songé à des pratiques semblables, jamais il n'avait été obsédé par une idée analogue. « Cela a été, dit-il, comme un ressort qui se détend. » En lui, aucune lutte, aucune résistance. Le besoin l'a envahi et, immédiatement, il y a cédé.

Peut-être ne convient-il d'accepter ces affirmations qu'avec une grande réserve, tout au moins en ce qui concerne l'absence de tout désir avant cette date. Toutefois, il semble bien, comme il le dit lui-même, que la complicité des circonstances entre pour une part dans son cas. Nulle part ailleurs qu'à Y..., en effet, des actes semblables ne lui sont reprochés. Nous ignorons s'il en avait le désir, mais nous savons qu'il ne le mettait pas à exécution. Ailleurs, en effet, le catéchisme se faisait dans l'église où tout le monde pouvait entrer. A Y..., il avait lieu dans la sacristie, loin des regards indiscrets. Le prêtre était seul, les enfants séparés de lui par une table, on ne le voyait pas. Dans ces conditions, il est possible que des désirs, épars et flottants jusque-là, se soient tout à coup concrétisés et aient passé à l'acte parce que les circonstances favorisaient ce passage.

L'acte commis, A. B... n'en éprouve aucun regret. Il se rend bien compte qu'il a fait quelque chose qu'il ne devait pas faire. Mais il ne se le reproche pas. Il s'en confesse, mais en des termes si généraux que son confesseur ne peut comprendre la nature ni la gravité de sa faute. Il se promet bien de ne plus recommencer ; mais c'est là une promesse bien superficielle, car, le jeudi suivant, il succombe de nouveau à la même tentation. Dès lors, d'ailleurs, ses pratiques devaient devenir régulières et se reproduire chaque semaine jusqu'à ce que des indiscretions fatales amenassent l'arrestation de l'abbé. Et, cependant, A. B... prétend qu'il n'en retirait aucune délectation : « Je puis affirmer, écrit-il, que le plaisir usuel a été nul dans les atouchments que j'ai pratiqués sur les autres, et qu'il a été faible dans ceux que j'ai provoqués sur moi-même. » Car il affirme que

l'effet de ces pratiques a toujours été nul, tandis que la plupart des enfants sont très catégoriques sur ce point. Mais il est très possible que le plaisir qu'il y prenait n'ait pas été en rapport avec l'intensité du désir, et qu'en retombant dans son péché, le malheureux abbé espérât toujours une satisfaction que le lieu, les circonstances, l'âge de ses partenaires ne pouvaient lui donner complète. Chaque fois, il céda à ces obscurs besoins qui remplissent de trouble l'être tout entier et qui empêchent de comprendre la portée et la gravité des fautes qu'ils font commettre.

Si nous insistons sur ce point, c'est que l'on découvre chez l'inculpé une particularité qui frappe d'autant plus l'attention qu'elle est en contraste patent avec l'habit qu'il porte. A. B... est ou était, en effet, affecté d'une inconscience morale absolue. Il ne se rendait pas compte de la gravité des actes qu'il commettait; il ne voyait là que des « familiarités inconvenantes », mais sans importance. « J'estimais, dit-il, que, dans mes inconvenances et badinages de mauvais goût, il y avait matière légère et non matière importante. » Bien plus, son aveuglement était si grand qu'il ne se doutait pas que la loi prévoit et punit des actes semblables. Aussi, lorsque l'on vint pour l'arrêter, en resta-t-il tout étonné. « Une chose que je ne savais pas, écrit-il, c'est que ces attouchements étaient réprouvés par la loi civile. Quand, après mon arrestation, j'ai appris qu'on désignait cela sous le nom d'attentat à la pudeur, j'en fus absolument bouleversé. Je ne pensais guère que des attouchements pouvaient constituer un attentat. »

Une telle naïveté peut faire songer à la dissimulation. Mais, dans ses affirmations, A. B... donne l'impression de la sincérité. Et, bien qu'on ne puisse affirmer d'une manière absolue la réalité de ces sentiments, qui ont la conscience seule pour témoin, ils se trouvent en partie confirmés par ce fait que jamais A. B... n'a défendu aux enfants de révéler comment il employait le temps du catéchisme.

Cette interprétation est d'ailleurs confirmée par l'examen actuel de l'inculpé.

Maintenant encore, en effet, il ne semble avoir qu'une conscience très limitée de la gravité de sa faute

et des conséquences qu'elle peut entraîner. Il ne croit pas avoir démérité, il n'est pas un prêtre dévoyé, il reste dans le giron de l'Eglise qui, pense-t-il, sera clémente à son égard. Maintenant encore même, il semble, malgré ses remords apparents, croire que les pratiques auxquelles il se livrait étaient des actes sans importance. « J'aurais considéré, dit-il, comme une chose grave d'attirer chez moi une jeune fille et d'abuser d'elle. Mais avec des enfants il me semblait que cela ne comptait pas. »

C'est que cette inconscience se complique d'un certain degré de débilité intellectuelle qui l'explique en partie, débilité intellectuelle que montrent clairement les lettres qu'il a écrites à sa mère depuis son arrestation. Rien dans ces lettres n'indique nettement la situation dans laquelle il se trouve : aucune allusion à ses fautes, aucune trace de regret, nul indice d'un trouble de l'âme qui semblerait cependant devoir être l'état normal dans sa situation. Rien que des détails puérils sur ses occupations de la journée, sur son alimentation, sur sa situation matérielle à la prison, des avis de réception où l'envoi des moindres objets, même le nombre des plumes, est consigné, et surtout une phraséologie banale, empruntée à la langue de son ministère, qu'il applique tant bien que mal à son cas, sans paraître se douter que les épreuves qu'il traverse n'ont rien de commun avec celles qu'ont pu subir des confesseurs du Christ ou des martyrs de la foi. Il y a, dans l'application à son cas de ces formules dévotes, quelque chose qui sonnerait faux et qui pourrait indigner, si l'on n'y découvrait rapidement une preuve de pauvreté de sentiments et de faiblesse d'esprit.

Ajoutons que l'examen physique ne révèle aucune particularité intéressante. A. B... est affecté de myopie ; mais il est bien conformé et ne présente aucune malformation des organes génitaux.

Tels sont les faits. Quelles conclusions devons-nous en dégager ?

Et tout d'abord, A. B... est-il atteint d'aliénation mentale ? Etait-il, au moment où il a commis les faits qui lui sont reprochés, dans l'état prévu par l'art. 64 du Code pénal ?

En général, les attentats à la pudeur, lorsqu'ils relèvent d'un état psychopathique nettement déterminé, sont commis dans trois circonstances principales :

1° Au début ou au cours d'un processus démentiel et plus particulièrement de la démence sénile ou de la paralysie générale ;

2° Dans un état crépusculaire relevant de l'épilepsie ;

3° Au cours d'états obsédants ou impulsifs, symptomatiques de la dégénérescence mentale.

A. B... ne rentre pas dans la première de ces catégories. Il ne présente aucun symptôme de paralysie générale et son âge nous dispense de songer à la démence sénile. Quant à l'épilepsie, la claire conscience qu'il a gardée de ses actions, l'absence de toute attaque convulsive suffisent pour l'éliminer.

Restent les obsessions et les impulsions irrésistibles.

En général, ces phénomènes sont caractérisés par le désir ou le besoin subit d'accomplir une action grotesque, obscène ou dangereuse, accompagnés d'une conscience très nette du ridicule ou de la gravité de cette action. Ce conflit intérieur se complique d'une angoisse profonde, comme si le sujet voyait à ses pieds un abîme vers lequel il se sent irrésistiblement attiré. Puis, lorsque, malgré la résistance, l'acte a été commis, c'est un sentiment de soulagement, de détente, de bien-être, de calme enfin reconquis.

Prenons, par exemple, le cas de l'exhibitionniste, dominé par le besoin de découvrir ses organes génitaux. Lorsque le désir naît en lui, conscient de l'énormité de son acte, il essaie de lui résister le plus qu'il peut. Il se livre alors en lui une lutte intérieure qui ne va pas sans une émotion, un trouble, parfois une angoisse intenses. Comme le plus souvent la tendance finit irrésistiblement par l'emporter, l'acte suit, et son exécution est marquée par un sentiment de détente, de soulagement caractéristique.

Nous avons soigneusement interrogé A. B... sur les caractères de ses désirs sexuels et nous n'avons découvert en eux aucun des signes par lesquels se révèlent les impulsions pathologiques. Jamais il n'a lutté contre le désir qui s'emparait de lui, jamais son acte ne s'est accompagné d'anxiété, jamais il n'a été suivi de soula-

gement. « Il n'y a eu en moi, dit-il, ni lutte, ni réflexion, ni anxiété, je n'ai jamais ressenti cette détente dont vous me parlez. Un peu de satisfaction voluptueuse et c'est tout. » Ses pratiques, il les accomplissait naturellement, sans songer à leur énormité, ni à leurs conséquences. On ne peut dire que ses impulsions, s'il s'agit d'impulsions, aient été irrésistibles, puisqu'il ne leur a jamais opposé aucune résistance.

D'ailleurs il est bien rare que les obsessions ou impulsions pathologiques ne soient pas accompagnées, chez les sujets qui en sont atteints, d'autres manifestations obsédantes ou impulsives, symptomatiques de la folie héréditaire. Ici, il s'agit de tics, de mouvements irrésistibles, là d'obsessions à compter, ailleurs de folie du doute, ailleurs encore de phobies plus ou moins diffuses, bref, de toutes les formes possibles de désirs ou de craintes pathologiques.

Or, jamais A. B... n'a présenté quelque'un de ces symptômes de la folie impulsive; jamais il n'a connu les tics, les phobies, les obsessions si variées par lesquelles se révèle la dégénérescence mentale nettement caractérisée. Il n'est donc ni un obsédé, ni un impulsif, et partant il ne présente aucun signe d'une psychose entraînant la perte complète de la responsabilité.

Ce point nettement établi, examinons-en maintenant la contre-partie et demandons-nous si A. B... est un vicieux qui se complaît dans la recherche de sensations voluptueuses, dans l'assouvissement de désirs plus ou moins honteux, et qui cache ses desseins sous le voile de la dissimulation et de l'hypocrisie.

Nous ne le croyons pas. Tout son passé proteste contre cette interprétation. Notons, en effet, qu'on ne trouve jusqu'ici à sa charge aucun fait scandaleux, les bruits qui ont circulé sur lui à M... se trouvant isolés et ne devant être acceptés qu'avec circonspection. En outre sa timidité, sa réserve habituelle, attestées par tous ceux qui l'ont approché, semblent incompatibles avec cette hypothèse. Enfin les circonstances dans lesquelles il se livrait aux actes qui lui sont reprochés, le fait que ces actes sont récents, qu'il ne les a jamais perpétrés qu'à Y..., qu'il a pu se trouver à X... à côté d'enfants, de jeunes filles sans songer à les souiller,

son inconscience de la gravité de sa faute, son accablement, ses aveux immédiats, tout plaide en faveur d'une autre interprétation.

Pour comprendre nettement la genèse des attentats qui sont reprochés à A. B..., il faut considérer son caractère d'une part, et de l'autre le milieu spécial dans lequel l'ont placé sa vocation et son ministère.

Tout d'abord, il convient de rappeler que A. B... est issu d'une souche assez lourdement tarée. Bien qu'il soit assez difficile de déterminer dans quelle mesure cette tare héréditaire a pu influencer sur sa constitution mentale définitive, on peut affirmer néanmoins qu'il tient d'elle un état d'insuffisance psychique des plus nets, état qui, bien loin d'être corrigé par l'éducation, fut au contraire exagéré par elle. Par sa sévérité exagérée, par sa rudesse, par sa brutalité même, son père n'a fait que développer ces craintes obscures, cette appréhension du monde, ces tendances au repliement sur soi-même qui existaient à l'état latent chez l'enfant. Très tôt, A. B... nous apparaît comme un de ces déprimés constitutionnels, que leur timidité, leur peu de confiance en eux-mêmes éloignent de la société et que le moindre obstacle, le moindre choc, la moindre lutte trouvent désarmés. Faible, sans énergie, sans ressort, aussi incapable de se défendre contre une accusation que de résister aux suggestions de ses sens, il devait rester désarmé devant les désirs confus qui surgissaient des bas-fonds de son organisme, d'autant mieux qu'un certain degré de naïveté — disons de débilité intellectuelle — l'empêchait de voir nettement les conséquences de ses actes. Ainsi constitué, et placé dans une situation qui lui interdisait l'exercice normal de certaines fonctions physiologiques, il devait céder à la moindre poussée de ses sens.

Et, cependant, il ne semble pas que, pendant longtemps au moins, ces sollicitations aient été bien impérieuses. A. B... n'apparaît ni comme une âme ravagée, ni comme une conscience tourmentée. Jusqu'en ces derniers temps, il observait fidèlement son vœu de chasteté. La tentation ne s'étant pas présentée, il n'avait pas eu grand'peine à lui résister.

Elle s'est présentée vers la quarantaine, à cet âge.

qui précède le déclin, et où, semble-t-il, les sollicitations des sens sont plus vives et plus impérieuses. Le besoin obscur de jouissance, tout le désir de la chair s'est levé en lui, soudainement, et immédiatement il y a cédé, sans réflexion, sans résistance, sans songer aux suites probables de son acte, ni à sa gravité morale. Son désir s'est égaré sur des enfants parce que sa réserve, sa timidité, sa crainte du péché, sa peur du scandale lui interdisaient les femmes, et qu'il a jugé qu'avec des enfants il s'agissait d'actes sans conséquences, qu'avec eux il y avait là « matière légère et non matière importante », pour prendre les expressions mêmes qu'il aime à employer.

Il ne nous appartient pas d'insister sur les circonstances spéciales dans lesquelles son ministère a placé cet homme. Bien qu'elles entrent évidemment dans le déterminisme de son acte, elles n'appartiennent pas à notre domaine : c'est l'affaire des magistrats et des jurés de les étudier.

Notre rôle, infiniment plus modeste, se borne à retenir les anomalies mentales.

Bien qu'il soit assez difficile, dans une histoire aussi complexe, de discerner le physiologique de l'anormal, nous relevons cependant, dans l'état psychique de A. B..., quelques tares pathologiques.

Sa dépression constitutionnelle, sa débilité intellectuelle et morale trahissent un état de déséquilibre mental dont il faut chercher l'origine dans l'hérédité.

Cet état n'est évidemment pas suffisant pour expliquer et pour excuser son acte, car il n'entre que pour une part dans sa genèse : mais il est intervenu cependant, et, partant, est susceptible, en une certaine mesure, de limiter la responsabilité de l'accusé.

L'attitude de A. B... n'a pas varié tout au long du procès. Acceptant toutes les charges, ne contestant aucun des témoignages, il semblait étranger aux débats. Il fut condamné à dix-huit mois de prison.

Législation.

LES MOYENS D'INVESTIGATION DE L'AUTORITÉ JUDICIAIRE SUR L'ÉTAT ET L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS INEFFICACITÉ ET INCONVÉNIENTS

Par le Dr Victor PARANT père,
Directeur-médecin de la Maison de santé de Toulouse

Suite (1).

II

LES INTERROGATOIRES JUDICIAIRES

Il est procédé aux interrogatoires judiciaires en deux éventualités :

Lorsqu'une demande d'interdiction est formée pour cause d'imbécillité, démence ou fureur, expressions du Code, ou, en meilleurs termes, pour cause d'aliénation mentale. La loi l'établit ainsi, et cette partie de la procédure d'interdiction est obligatoire ;

Lorsqu'une personne placée dans un établissement d'aliénés demande à être mise en liberté et que le tribunal estime qu'il y a lieu d'examiner le bien-fondé de cette demande.

(1) Voir les *Annales* d'octobre-novembre 1913.

Il pourrait arriver, lorsqu'il s'agit d'interdiction, que l'interrogatoire ait lieu au tribunal, en chambre du Conseil. Mais le plus souvent la personne en cause étant déjà dans un asile d'aliénés, c'est là que se fait l'interrogatoire, tout comme lorsqu'il s'agit d'une demande de mise en liberté.

Dans les deux cas, la manière de procéder est la même. Un juge spécialement désigné à cet effet se rend, assisté d'un greffier, là où réside la personne à interroger, et, en présence du procureur de la République, il pratique l'interrogatoire en bonne et due forme.

Il pose des questions et en dicte la teneur au greffier, ainsi que celle des réponses qui lui sont faites. Rarement, à vrai dire, ces réponses sont transcrites textuellement. Le juge les dicte dans leur sens général, quelquefois en y adaptant des membres de phrase ou des mots qui lui ont été dits, mais le plus souvent en une sorte de résumé qui vise à se rapprocher le plus possible de ce qui a été exprimé.

L'interrogatoire terminé, lecture de ce qui a été écrit par le greffier et qui constitue le procès-verbal de l'opération, est donnée à la personne comparante qui quelquefois, sur l'invitation qui lui en est faite, y appose sa signature, à la suite d'une mention où elle déclare reconnaître que ce procès-verbal contient vérité et qu'elle y persiste.

Il faut bien constater tout d'abord que ni cette signature, ni les affirmations qui la précèdent, ne donnent à l'acte aucun caractère de certitude et d'authenticité. Rarement, en effet, celui qui est en cause écoute vraiment la lecture qu'on lui fait ; si son intelligence est très troublée, il n'en comprend pas un mot, et l'on ne voit jamais que même ceux qui ont encore de la connaissance et de l'attention aient demandé à ajouter quoi

que ce soit ou à rectifier aucun des éires qu'on leur attribue. Cela, du reste, a peu d'importance. Les signatures du juge, du procureur de la République et du greffier suffisent à donner à l'acte les garanties désirables. Mieux vaudrait pour divers motifs que cette lecture n'eût pas lieu. Mais la forme sans doute, la forme sacro-sainte veut qu'il en soit ainsi, et on le fait, si inutile, et même, comme nous avons à le constater, si choquant que cela soit.

Les interrogatoires auxquels il est ainsi procédé pourraient être d'excellents moyens pour l'autorité judiciaire de se renseigner sur l'état de trouble mental de ceux qui sont en cause. Cependant, le plus souvent, ils ne servent à rien, et cet élément de procédure est inefficace. J'ai sous les yeux vingt-trois procès-verbaux d'interrogatoires concernant des personnes qui toutes ont été frappées d'interdiction. Là-dessus il y en a sept qui sont nettement significatifs et suffisent par eux-mêmes à montrer qu'on avait bien affaire à des intelligences troublées. Quant aux autres, il y en a où, en interprétant quelques réponses, en leur donnant un commentaire, on pourrait montrer comment ils portent la marque d'un trouble mental, alors que, strictement, en ne tenant compte que des mots, ils sont impropres à le révéler. Il y en a cinq, en particulier, d'où aucun commentaire, aucune interprétation, ne parviendrait à tirer aucune présomption de trouble ou d'affaiblissement intellectuel.

J'en transcris un du premier groupe parce qu'il est court et qu'il peut venir à l'appui des remarques que nous aurons à faire. C'est une dame qui est en cause. On lui demande : « Comment vous appelez-vous ? » Elle enfile alors une série de paroles plus ou moins rapides d'où le juge a tiré : « Je me nomme Marie-

Amélie-Gabrielle (*exact*), princesse de Penthièvre, religieuse du Sacré-Cœur (*exact*), préconesse céleste, titre qui m'est réservé par ma place dans l'Eglise de Bordeaux ; cette place me rend immortelle. Il y avait auparavant des vestales du temps des Gaules ; puis cela s'est transformé à travers les siècles et je suis la dix-huitième qui occupe cette place. » — D. « Connaissez-vous M. G..., propriétaire ? » R. « C'est mon frère (*exact*), mais il a été précipité dans les terres par une sylphide. C'est un être dévoué qui l'a sauvé. » — D. « Quelle est votre fortune ? » R. « Ma fortune est ma place à Bordeaux. Du reste, j'ai renoncé à tout en devenant religieuse ; on m'a demandé de renoncer à la succession de ma mère, mais comme on lui avait donné le tétanos, je refusai. Du reste, mon frère, après son rétablissement, a repris maman avec le gouvernement ! » Lecture faite, la demoiselle G... a refusé de signer.

Pourquoi y a-t-il une proportion si grande d'interrogatoires qui n'aboutissent pas au résultat visé ?

Les raisons en sont diverses et tiennent les unes à la manière dont se font les interrogatoires et au défaut d'expérience de ceux qui les font ; les autres aux conditions et aux circonstances dans lesquelles ils se font.

Ces conditions et ces circonstances peuvent en effet modifier beaucoup les dispositions de celui qui est en cause, et le faire paraître temporairement plus raisonnable qu'il n'est d'ordinaire.

Il arrive que la solennité avec laquelle on procède ramène pour un temps à une meilleure possession d'eux-mêmes et à un sens plus exact des réalités, des aliénés qui, habituellement, dans leur vie courante, sont dans l'incohérence, le vague et la désorientation. Ils se trouvent inopinément en présence de personnes qu'ils ne connaissent pas, qu'ils n'ont pas l'habitude de voir,

avec lesquelles les choses se passent de manière plus ou moins cérémonieuse, dans un lieu qui n'est pas celui de leur séjour ordinaire. Cela suffit pour réveiller momentanément leur attention, pour les soustraire à l'influence de leur délire, et leur rendre des aptitudes raisonnables dont ils ont commencé à se départir. Il en arrive particulièrement ainsi avec les déments séniles, alors qu'ils ne font qu'entrer dans la démence. Les habitudes de bonne éducation et de politesse qu'ils peuvent avoir contribuent à les rendre attentifs, et si les questions qui leur sont posées rentrent dans le cadre de ce qui leur est familier, que leur interrogatoire ne soit pas trop long, ils sont capables de s'y montrer supérieurs à eux-mêmes et tels qu'ils étaient avant que la démence eût commencé à les toucher.

Ce même appareil incite à la réserve des aliénés portés à la défiance et fait qu'ils mesurent leurs paroles, évitant de rien dire qui pût les compromettre. Les persécutés, les interprétateurs, chez qui la réticence est naturelle, qui ont peur de voir mal accueillies leurs moindres paroles, tous ceux qui, ayant encore assez de raison pour pouvoir prêter à ce qui se passe une attention suffisante, se surveillent et ne parlent que d'une manière en apparence raisonnable.

Cela est très marqué dans un des procès-verbaux que j'ai sous les yeux. Celui qu'on interroge a répondu longuement et de façon plausible à de nombreuses questions sur ses affaires, sur des relations qu'il avait avec des aigrefins par qui il s'était laissé duper ; il a toujours donné au moins une apparence de justification à des actes peu sages et il a indiqué avec précision les sommes qui lui avaient été extorquées. Le juge, en fin d'interrogatoire, lui demande : « Comment expliquez-vous que vous êtes enfermé dans cet établissement ? N'avez-vous pas quelque ennemi occulte, sur lequel se

porteraient vos soupçons ? » Il répond : « Je ne me connais aucun ennemi, et je ne crois aucun de mes parents capable d'une mauvaise action. Il est vrai que ma sœur m'a dit quelquefois que si je continuais à prêter mon argent, elle me ferait interdire. Mais pour un fait pareil on ne fait pas enfermer un homme. » Or on avait affaire à un persécuté, qui se défiait de tout le monde, ne voyant autour de lui que des espions, les émissaires de gens prêts à l'assassiner. Dans la maison de santé, il en avait reconnu plusieurs qui se donnaient l'apparence d'aliénés pour mieux l'espionner et arriver mieux à leurs fins contre lui. Il se défiait de la nourriture, de crainte d'être empoisonné. Il prenait des branches d'arbre qu'il taillait en pointe et cachait dans ses poches pour se défendre. C'était pour ne pas s'exposer à leur vengeance qu'il avait dit n'avoir pas d'ennemis. Par moments il était agressif. Tout cela avait échappé au juge.

Un autre, à toutes les questions qu'on lui posait, même quand on lui demandait son nom, se bornait à répondre : « Je ne puis rien vous dire, je suis malade ; je n'ai pas la force de parler. »

Le moment où se fait l'interrogatoire peut, suivant les circonstances, suivant les variations d'état du malade, lui donner des tournures différentes les unes des autres. Qu'un malade atteint de psychose périodique soit interrogé dans la période de calme, il pourra ne rien dire qui soit déraisonnable ; parfois même, dans la période d'excitation maniaque, si cette excitation n'est pas trop forte, il pourra d'autant plus paraître en possession d'une raison saine, qu'il n'est pas rare de voir de ces malades ayant, précisément à cause de leur excitation, du piquant dans l'esprit et une netteté d'idées plus grande que celle qui leur est naturelle. Des

paralytiques en état de rémission pourront ne paraître aucunement déments. C'est ce qui se produisit dans un des cas dont j'ai les procès-verbaux. Le malade subit un très long interrogatoire, dont la reproduction tient trois longues pages, au cours duquel il convint de bien des bêtises qu'il avait faites, les expliquant par des motifs assez acceptables et niant ou rectifiant ce qu'il ne pouvait expliquer. Les malades atteints de délire systématisé n'ont-ils point eux-mêmes une sorte de périodicité qui, suivant le moment où on les prend, suivant les diverses heures d'une journée, les divers jours d'une semaine, paraît les faire échapper à leur délire?

Les magistrats chargés de l'interrogatoire y procèdent au jour et à l'heure qu'ils ont eux mêmes fixés d'avance. Ils ne peuvent pas tenir compte des modifications que les circonstances peuvent ainsi donner aux apparences des aliénés. Ils opèrent au petit bonheur; s'ils tombent bien, leur mission sera couronnée de succès, sinon elle sera inévitablement vouée à l'échec. Nous n'avons pas à nous étonner qu'il en soit ainsi; nous savons bien que pour connaître les aliénés sous leur véritable aspect, pour être bien renseignés sur leur état, il faut en quelque sorte non pas aller chercher les manifestations de leur délire, mais les attendre, et qu'il faut vivre avec eux, de telle sorte que l'on puisse saisir les marques de leur maladie lorsqu'elles se dévoilent elles-mêmes. Moins on demande de confidences à un malade, plus on a de chances d'en obtenir. En cela se montre de manière frappante la différence qu'il y a entre la façon d'agir du médecin et celle de tous ceux qui sont étrangers à la pratique médicale des aliénés. Ces derniers s'imaginent qu'on peut dépister une maladie mentale en provoquant ses manifestations; ils croient que des questions amèneront nécessairement dans une réponse les indices d'un délire. Nous, au contraire,

dont l'art consiste à observer, nous surveillons le malade, nous notons les phénomènes qu'il présente et nous savons tirer opportunément parti de ceux qui ont une importance spéciale et sont caractéristiques.

Les magistrats attachent une grande importance aux particularités d'ordre courant et font plus spécialement porter sur elles leurs questions : état civil, situation de famille, habitudes sociales, et ils s'ingénient à multiplier les questions qu'ils posent à ce sujet. Ils paraissent ne pas comprendre que de vrais déments, de purs imbéciles, des malades obsédés par un délire systématisé, d'autres encore, sont capables de faire, dans cet ordre d'idées, des réponses correctes, des réponses qui ne doivent pas être nécessairement absurdes. Ils ne se rendent pas compte que les réponses ainsi obtenues ne sont, en quelque sorte, pas réfléchies, qu'elles sont machinales, instinctives et ne prouvent pas toujours l'intégrité mentale. Tous, tant que nous sommes, nous emmagasinons en nous des notions qui nous deviennent familières et que nous pouvons reproduire sans bien nous en rendre compte : ce sont celles qui forment la trame de notre existence, à travers les diverses phases de la vie ; celles que l'éducation nous a inculquées, celles dont nous ont munis les usages sociaux et la fréquentation de nos semblables, questions d'âge, d'instruction, de profession, d'occupations, habitudes de goûts artistiques et littéraires, de famille, de relations sociales et de tout ce qu'on pourra imaginer d'analogue. Les déments séniles, les femmes même plus que les hommes, sont ainsi susceptibles de faire grande illusion.

En général, les interrogatoires portent avant tout sur la situation de fortune, sur l'état des biens, meubles et immeubles, sur la valeur des propriétés de la personne

en cause ; ils s'ingénient à faire rendre compte de la gestion qui les concerne. Tels interrogatoires comportent plusieurs pages sur ces matières et ne contiennent que quelques lignes sur le reste. C'est le cas de trois de ceux que j'ai réunis. Alors même que les réponses sont exactes, elles ne prouvent nullement qu'il n'y ait pas aliénation mentale et que celui à qui on les pose ne mérite pas d'être interdit. J'ai vu bien des aliénés capables de donner des indications nettes et utiles sur leurs affaires, sur des procès auxquels ils étaient mêlés et qui cependant, en dehors de cela, divaguaient de manière incontestable. Tout récemment, j'avais parmi mes malades une dame qui se chargea elle-même et avec beaucoup d'à-propos de mettre à leur place les questions de cet ordre. Cette dame était très hallucinée et atteinte d'un délire de persécution accentué ; elle s'abandonnait à une grande diversité d'interprétations délirantes. Sous l'influence de son délire elle avait failli se dépouiller de toute sa fortune et lui donner une destination anormale ; son interdiction était demandée. Le magistrat qui fut chargé de l'interroger et qui avait l'expérience des aliénés, faisait de son mieux des incursions sur le terrain du délire. « Ne parlons pas de cela, lui dit-elle : cela n'a rien à voir avec la question de mes affaires. Demandez-moi quelle est ma fortune et comment je l'ai administrée. Vous n'avez pas à vous occuper d'autre chose, vous verrez alors si je mérite l'interdiction. »

Il y a un détail auquel les magistrats semblent attacher une importance décisive : celui de savoir si l'aliéné sait reconnaître la valeur de pièces de monnaie et leur somme totale. Dans un interrogatoire où l'aliéné n'avait fait que des réponses incohérentes et avait donné des preuves surabondantes de sa nullité mentale, le

juge, comme si sa tâche n'eût pas été suffisamment bien remplie, se crut obligé de faire l'épreuve traditionnelle sur la monnaie. « Nous présentons, dit le procès-verbal, à M. X..., la somme de 8 fr. 50 en pièces de cinq francs, deux francs, un franc et cinquante centimes ; il indique avec beaucoup de tâtonnements et d'hésitations, après avoir regardé attentivement chaque pièce, la valeur de chacune d'elles et il indique aussi, après s'être trompé plusieurs fois, leur valeur totale. » S'il eût moins hésité, il aurait peut-être eu une bonne note, en dépit de tout ce qui avait précédé. Au dire de Legrand du Saulle, une Cour d'appel refusa de sanctionner un jugement d'interdiction prononcé en première instance et le réforma parce que celui dont l'interdiction était demandée avait su bien reconnaître ce que valaient des pièces d'or et d'argent. Des questions de cette nature ne sont-elles pas vraiment oiseuses ? Elles ne prouvent rien et bon nombre d'aliénés bien et dûment dignes d'être interdits sont capables d'y répondre avec pleine et entière pertinence.

Il y a lieu de s'étonner de ce qu'on s'attarde ainsi à poser des questions sur la situation de fortune et sur l'aptitude à connaître les affaires, lorsque la loi semble indiquer qu'on doit s'en tenir avant tout aux marques d'imbécillité, de démence ou de fureur, et que l'art. 493 du Code spécifie que les faits susceptibles d'indiquer l'existence de l'un de ces états doivent être articulés par écrit et justifiés au besoin par témoins et par pièces. Si tant est que l'interrogatoire doive être de quelque utilité, c'est sur ces faits qu'il doit principalement porter, sinon il risque de manquer son but, et, le plus souvent, il le manque en effet.

Le Code ne dit-il pas encore (art. 489), que l'interdiction doit être prononcée pour cause d'aliénation mentale

alors même que cet état présente des intervalles lucides? A plus forte raison doit-il en être ainsi lorsque, sans qu'il s'agisse d'intervalles lucides proprement dits, l'individu mis en cause présente des apparences plus ou moins spécienses de raison. Peu importe, par conséquent, qu'il puisse plus ou moins pertinemment préciser son état civil, faire connaître ses relations sociales, sa situation de famille, l'état et la composition de sa fortune, la manière dont lui-même a pu gérer ses biens! S'il présente incontestablement un trouble mental susceptible d'altérer sa volonté, de dénaturer les intentions normales qu'il devrait avoir, il est bien dans les conditions voulues pour que son interdiction soit prononcée.

A vrai dire, il n'est pas toujours facile de conduire un interrogatoire et d'amener l'aliéné à dire les paroles qui dénoteront sa déraison. Il y faut l'habitude des malades et être en quelque sorte favorisé par les circonstances. J'ai vu des magistrats distingués, ingénieux, avisés, bien informés de la situation véritable et des agissements de celui dont ils s'occupaient, y échouer. Ils échouent, précisément parce qu'ils croient pouvoir tout obtenir par des questions déterminées. Ils transportent dans l'interrogatoire des aliénés les procédés du juge d'instruction.

Ce qui fait que les médecins réussissent mieux que les magistrats, c'est qu'ils agissent en médecins, examinant plutôt que questionnant, et en s'occupant de l'état physique de l'individu en cause en même temps que de son état mental. Cette manière de faire ouvre d'elle-même la porte aux confidences. Il n'y a pas bien longtemps qu'un malade interné dans un grand établissement public d'aliénés du Sud-Ouest accablait les autorités judiciaires et administratives de ses réclamations. Il avait

trouvé moyen d'intéresser à lui la presse locale, et y avait naturellement donné matière à des articles virulents, comme de coutume, sur les séquestrations arbitraires. Il avait été visité et interrogé à diverses reprises par des magistrats et des administrateurs, et n'avait jamais fait aux uns et aux autres que des réponses où l'on ne voyait pas la moindre trace d'un trouble mental sur l'existence duquel le médecin de l'établissement était bien renseigné et n'avait aucun doute. On était d'autant plus dérouté à son égard qu'il parlait admirablement, avec clarté et netteté, ayant la riposte facile, et qu'il racontait sa vie avec bonne humeur. Il esquivait toujours adroitement de répondre aux questions où il s'agissait de son état mental ; il ne voulait pas qu'on le crût aliéné et protestait toujours avec énergie contre toute imputation de cette sorte. Trois experts furent chargés de l'examiner. A leur première visite, après quelques instants de conversation banale, l'un d'eux, en lui examinant la tête, lui demanda d'où provenait une petite cicatrice qu'il portait au front. Comme si cette simple question eût fait déclancher un ressort, le malade se mit à parler avec abondance, dévoilant un délire des plus significatifs, avec des idées de grandeur (il se croyait petit-fils de Henri IV, appelé un jour à régner), et des idées de persécution (on l'avait séquestré pour l'empêcher de faire valoir ses droits à la couronne et lui voler sa fortune); on avait voulu le tuer, la cicatrice en était la preuve. Les idées délirantes se pressaient de telle sorte que les experts furent eux-mêmes surpris de ce que cet homme eût réussi à les cacher à tant de personnes et à leur faire illusion. Ce qui avait donc provoqué les confidences, c'est que cet aliéné regardait sa cicatrice comme une preuve des attentats imaginaires dirigés contre lui, et qu'ainsi, en s'occupant de son état physique, on avait aisément

obtenu des révélations faites avec une confiance qu'aucune question directe n'avait pu réussir à provoquer.

Il y a des magistrats, surtout ceux qui débutent et qui n'étant qu'au commencement de leur carrière n'ont pas eu le temps de se faire de l'expérience, à qui il n'est pas facile de faire admettre que leurs interrogatoires, conduits comme ils sont, ne peuvent pas leur donner de bons résultats. Ils se croient sûrs d'eux-mêmes et de leurs procédés. Récemment j'ai eu affaire à un jeune juge suppléant, dont j'ai entendu faire grand éloge au point de vue juridique. Il était chargé de procéder à l'interrogatoire d'une dame qui réclamait sa liberté. L'interrogatoire terminé, je demandai s'il avait été démonstratif : « La personne, me répondit ce magistrat, non sans une certaine pointe de dédain à mon égard, non même sans un certain sentiment d'hostilité, est entièrement saine d'esprit. Elle n'a pas fait une seule réponse déraisonnable. » « Êtes-vous bien sûr, répliquai-je, d'avoir fait les questions qu'il fallait et d'avoir interprété comme il le fallait tout ce qui vous a été dit? » « J'en ai la conviction », ajouta-t-il. Peut-être conclut-il à la mise en liberté de la malade. Mais le tribunal ordonna une expertise, et les experts arrivèrent aisément à reconnaître que cette dame, une faible d'esprit, avait des idées de jalousie, des idées de persécution, des idées de grandeur, des hallucinations de l'ouïe, une richesse abondante de troubles mentaux, et que si on l'abandonnait à elle-même, sans trop la questionner, elle se livrait à des divagations sans fin. Quelques-unes de ses réponses au magistrat, tout en ayant des apparences raisonnables, auraient pu le mettre sur la voie de la réalité, s'il eût été plus expérimenté. Mais il les avait prises argent comptant, comme bonne monnaie de raison. Le tribunal, après l'expertise, refusa

d'accorder à la malade ce qu'elle demandait, et c'était sage.

L'opération de l'interrogatoire judiciaire en elle-même est défectueuse et contribue pour sa part à le rendre inefficace.

Le magistrat dicte au greffier questions et réponses. Si prompt à écrire que soit le greffier, il y met toujours un temps assez long, pendant lequel le malade, pour peu qu'il en soit encore capable, se ressaisit, fixe mieux une attention que la maladie a déjà rendue défaillante, et se précise des idées, des notions fugaces dans sa mémoire vacillante. Ajoutons à cela que la netteté et la précision des questions engendrent souvent la netteté des réponses.

D'autre part, si l'on a affaire à l'un de ces malades chez qui les formes de la raison subsistent, à ces aliénés dont nous avons parlé, qui sont enclins à la réticence, qui se défient de leurs propres paroles comme tous les aliénés dits atteints de délire partiel, on peut s'attendre à ce que ces réponses ne contiennent nullement la révélation du trouble mental et du délire. Il y a des mélancoliques à idées de culpabilité qui, voyant ainsi coucher par écrit leurs paroles, sont induits à se taire par crainte qu'un mot imprudent ne les compromette. Ils sont dans la même situation qu'un délinquant véritable qui ne dirait rien pour éviter de donner contre lui des indices de sa culpabilité.

La dictée du juge ne reproduit que rarement, comme nous l'avons déjà constaté, la tournure exacte des réponses qui ont été faites. Ce n'est pas une reproduction sténographique, c'est plutôt un arrangement. Involontairement, le juge condense, coordonne, précise et donne aux phrases des allures correctes et un enchaî-

nement qu'elles n'avaient pas. Il en fut ainsi pour l'interrogatoire que nous avons transcrit en entier; tout y est absurde ou à peu près tout; mais entre chaque parole, il y a une sorte de liaison et les idées semblent avoir un enchaînement. En réalité, la malade parlait, parlait, mêlait les choses, répétait plusieurs fois les mêmes et son discours était d'une incohérence dont le fouillis ne se retrouve nullement dans le procès-verbal. Le juge ne retient qu'une partie de ce qui a été dit et lui donne une forme. Parfois, il peut laisser échapper précisément des mots, de simples exclamations que pourtant il y aurait intérêt à retenir. Une vieille dame, déjà démente, hallucinée, répondait assez bien aux questions, mais terminait presque chacune de ses phrases par une sorte d'interjection : « A quoi bon ? » Cette interjection répondait précisément à l'objet de ses hallucinations. On l'interrogea en vue de l'interdiction; le magistrat chargé de l'affaire entendit l'apostrophe. Mais il n'y attacha aucune importance, n'en demanda pas l'explication et ne la reproduisit nulle part dans son procès-verbal. Tout le reste paraissait raisonnable; la seule chose utile à retenir n'avait pas été saisie.

Par une propension qui, somme toute, est naturelle, le magistrat dicte des réponses plus régulières, plus correctes, plus raisonnables que celles qui lui ont été faites. En le faisant, il obéit à la propre inclination de son intelligence; il substitue les habitudes d'un esprit coordonné aux incohérences de l'esprit de celui qu'il interroge. Parfois même, il transforme si bien, quoique inconsciemment, ce qui lui a été dit, que les réponses écrites feraient croire que celui à qui elles sont attribuées est plus raisonnable et plus intelligent qu'il ne l'est en réalité. Je n'ai pu retrouver le procès-verbal d'un interrogatoire dont j'ai gardé un souvenir très net,

où le magistrat avait si bien ainsi transformé les dires d'un imbécile, très obtus, sans aucune portée intellectuelle, qu'il lui mettait dans la bouche des propos judiciaires et de haute portée dont il n'était nullement capable. Ce magistrat s'était écouté lui-même plutôt qu'il n'avait prêté une attention toute terre à terre, comme il aurait fallu, aux paroles banales et sans signification de celui qu'il avait interrogé.

Dans des conditions identiques, il peut arriver et il arrive que le magistrat qui a été informé de ce qui concerne celui dont il s'occupe, qui a été renseigné sur les particularités de son existence, sur sa situation, croit trouver dans de courtes réponses, affirmatives ou négatives, une précision et une désignation nettes qui n'y sont pas et les consigne de cette manière dans le procès-verbal.

Par le fait de ces altérations involontaires et inconscientes des réalités, il se fait que bon nombre de procès-verbaux ne donnent pas une notion exacte et juste de l'état d'esprit de l'interrogé, et ne permettent pas, à ceux qui ne connaissent pas la personne en cause, d'apprécier son état mental avec certitude.

Les procès-verbaux ont presque tous une grande lacune. C'est que le magistrat n'y indique pas l'impression que l'individu a pu lui faire, qu'il ne parle nullement de son attitude, non plus que des incidents qui ont pu se produire au cours de l'interrogatoire. Cependant ces incidents seraient bons à connaître : l'attitude, l'apparence extérieure, la tenue sont souvent en conformité avec le trouble mental. Les malades sont-ils tristes ou gais, expansifs ou taciturnes, agités ou calmes ? La simple constatation faite là-dessus donnerait au procès-verbal une précision qu'il n'a pas, une physionomie qui lui manque. J'ai assisté dernièrement à une scène inté

ressante. On venait interroger une dame habituellement peu sociable et prompte à s'exciter. A peine aperçut-elle le magistrat dont elle était encore à plus de 20 mètres, qu'elle se mit à l'invectiver, lui adressant des injures et des épithètes désobligeantes et le menaçant du poing. Elle ne le connaissait pas. Le juge lui demanda son nom. Elle répondit par un redoublement de paroles grossières ; on veut s'avancer vers elle, elle recule et s'excite de plus en plus. Je vois le moment où cela va mal tourner et je dis au magistrat qu'il est nécessaire d'emmener la malade. Il semble désorienté. « Je ne puis donc pas, me dit-il, remplir ma mission. Je n'ai pas fait d'interrogatoire ; je ne puis en dresser procès-verbal ». Je propose de faire ce procès-verbal en y disant ce qui s'était passé, en notant l'impossibilité d'obtenir aucune réponse et en mentionnant les injures proférées. Mais le magistrat se borna à noter que la personne avait refusé de répondre. Un tel procès-verbal n'était point l'expression vraie de la réalité. Le tribunal, insuffisamment renseigné par lui, dut ordonner une expertise médicale.

Un autre jour, l'interrogatoire venait à peine de commencer, que le malade, bien que deux infirmiers fussent près de lui, saisit sur la table un gros encrier et se mit à en frapper le malheureux juge qui était meurtri et tout couvert d'encre. Le procès-verbal ne nota ni la surexcitation du malade, ni les précautions prises pour y obvier, ni la scène qui s'était produite.

Est-ce donc que pour le magistrat, l'interrogatoire ne doit être qu'un interrogatoire et le procès-verbal uniquement une série de questions et de réponses ? La loi n'ayant parlé que d'interrogatoire, le magistrat ne doit-il parler de rien autre chose que de lui ? Est-il besoin de dire combien cela est défectueux et combien mieux vaudrait, au point de vue de l'efficacité de la procédure,

tenir tout le moins autant, sinon plus, compte des faits et gestes que des paroles,

Ainsi donc il se trouve que les interrogatoires judiciaires ne sont pas faits de manière à révéler le trouble mental des aliénés qu'ils concernent, et que leurs procès-verbaux sont confectionnés de manière à ne donner la connaissance exacte ni de l'individu ni de son état mental. Aussi qu'arrive-t-il presque toujours? C'est que les juges, n'en tirant aucune lumière, portés plutôt à y voir le contraire de ce qu'il faudrait, ne peuvent se prononcer; ou s'ils se prononçaient, ils rejetteraient la demande d'interdiction. Ils doivent donc recourir à d'autres moyens d'information et ils ordonnent une expertise médicale.

La formalité de l'interrogatoire, qui, pratiquée autrement et dans de meilleures conditions, pourrait avoir des avantages certains, reste donc médiocre en elle-même, souvent nulle et de nul effet.

Inefficaces comme les enquêtes, les interrogatoires ne sont du moins pas malfaisants comme elles. Cependant ils ne sont pas sans avoir des inconvénients.

Un des reproches à leur faire, c'est la formalité de la lecture du procès-verbal à l'intéressé. En elle-même cette lecture a quelque chose de choquant. Si celui à qui elle est faite a encore un peu d'attention, qu'il écoute et qu'il puisse comprendre ce qu'on lui lit, ne peut-il être blessé de l'absurdité des propos qu'on a consignés et qu'il a bien réellement tenus? Il n'est pas bienséant de dire à un sot qu'il est un sot; il ne l'est pas plus de montrer à un aliéné qu'il parle en aliéné. Par bonheur une partie de ceux à qui on fait cette lecture ne l'écoutent pas; mais s'ils l'écoutent et qu'ils puissent la comprendre, elle ne peut que leur faire de la

peine. Il ne faut pas oublier qu'il y a des malades qui, incapables de contenir leur désordre et l'absurdité de leurs paroles et de leurs actions, ont conscience de cette absurdité et sont affectés de voir qu'on la remarque.

Il peut résulter de cette lecture un autre effet non moins fâcheux : c'est d'amener certains malades à se préciser à eux-mêmes des idées délirantes qu'ils ont énoncées d'une manière vague, et auxquelles le juge, en les consignait, a donné une expression précise ; précision que le malade a grande tendance à s'approprier et qui ne peut qu'aggraver sa maladie.

Ces interrogatoires ont encore un inconvénient d'autre sorte, non négligeable, celui d'entraîner pour les aliénés et leurs familles des frais parfois élevés et lourds :

Dans une procédure d'interdiction, ces frais peuvent encore se comprendre, si tant est qu'il ne soit pas plus sage de diminuer les frais dans n'importe quelle procédure.

Mais quand il s'agit des réclamations contre leur internement, qu'il faut en examiner la valeur, les frais de vérification, quels qu'ils soient, ceux des interrogatoires et ceux des expertises médicales devraient-ils être à la charge des aliénés ou de leurs familles ? Quand on connaît l'inconscience véritable avec laquelle ces réclamations sont le plus souvent faites, on ne peut méconnaître qu'il y a une injustice réelle à en faire supporter les frais par ceux à qui on les impose ; j'ai vu des familles en pâtir douloureusement. Il en est qui, pour faire soigner leurs malades dans les établissements spéciaux, s'imposent de lourds sacrifices. D'autre part, les malades réclament, on doit examiner et il est nécessaire qu'on examine leurs réclamations. Mais il serait équitable qu'on le fit gratuitement et que même

les honoraires des médecins experts, commis en pareil cas, fussent à la charge de l'administration judiciaire.

Encore une réforme bien utile à faire ! Mais combien de temps faudra-t-il pour la faire comprendre et pour l'obtenir ?

(A suivre.)

Revue critique

REMARQUES

DE LA

COMMISSION JUDICIAIRE

DU

CONGRÈS ALLEMAND DE PSYCHIATRIE

SUR L'AVANT-PROJET DU CODE PÉNAL ALLEMAND (1)

Par le D^r A. ADAM

Médecin-directeur de l'asile de Bourg.

I. — Ces commentaires sont l'œuvre de sept commissaires désignés par le Congrès des psychiatres allemands. Ils traitent de questions de grande actualité, telles que celles de la responsabilité atténuée, des asiles, prisons, etc. Le D^r Moelli, dans un aperçu général, souligne l'esprit de progrès scientifique de l'avant-projet, sa tendance à tenir compte non seulement de l'état de maladie psychique, mais aussi des états de simple insuffisance intellectuelle et morale, et à remplacer l'atténuation de la peine, mesure dangereuse pour la sécurité publique, par des mesures susceptibles de garantir la sécurité publique tout en exerçant une influence heureuse sur l'état psychique des condamnés

(1) *Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuchs herausgegeben von der Justiz-Commission des deutschen Vereins für Psychiatrie* (Remarques sur l'avant-projet du Code pénal par la Commission judiciaire du Congrès allemand de Psychiatrie). 1 vol. in-8°, Iéna, Fischer, 1910.

à responsabilité atténuée. Une plus grande latitude laissée aux magistrats, une graduation plus grande des peines permettant d'aller jusqu'à un simple blâme, le sursis, la libération conditionnelle, constituent ces mesures. Le délinquant n'ayant pas quatorze ans révolus est déclaré non punissable, et celui qui n'a pas dix-huit ans est passible de la peine que comporte la tentative de l'acte incriminé, avec exclusion de la réclusion et des punitions supplémentaires de privation de nourriture ou de literie, etc. Pour la jeunesse criminelle, l'avant-projet prévoit des lieux de détention spéciaux, et en cas de responsabilité atténuée, la faculté de subir la peine dans des établissements d'éducation et de traitement. Quant aux irresponsables adultes, ils sont placés dans les asiles publics d'aliénés, il en est de même de ceux dont la responsabilité est atténuée, mais seulement après qu'ils auront subi leur peine dans des établissements ou quartiers spéciaux. Les alcooliques seront placés à l'asile des buveurs, également à l'expiration de leur peine. Ces internements seront assurés par l'autorité administrative qui sera liée par la décision judiciaire. La même autorité statue sur la sortie; mais l'intéressé peut en appeler aux tribunaux, s'il juge son internement abusivement prolongé.

II. — Dans le chapitre II, le D^r Aschaffenburg traite de la responsabilité et des mesures concernant les buveurs.

L'article 63 de l'avant-projet déclare non punissable celui qui, au moment de l'acte, était en état de maladie mentale, d'imbécillité ou d'inconscience abolissant le libre arbitre. Si le libre arbitre n'est que diminué, la peine sera celle qui est applicable à la tentative, et elle sera subie dans les établissements ou quartiers spéciaux. Aux termes, ci-dessus employés, de maladie mentale, d'imbécillité ou d'inconscience, l'auteur voudrait substituer ceux de trouble mental, débilité mentale et trouble de la conscience. Quant au terme de libre arbitre, plus susceptible encore de donner lieu à des malentendus, il le remplacerait par ceux de « incapacité d'apprécier le caractère coupable de l'acte ou d'agir conformément à cette appréciation ».

En cas d'ivresse, l'art. 64 admet la peine qui serait

applicable si l'acte avait été commis par imprudence. Mesure peu pratique, dit l'auteur, quand on considère que la plupart des délits commis dans l'ivresse (attentats à la pudeur, viol, etc.) ne sont précisément pas susceptibles d'être commis par imprudence, à moins qu'on ne voie l'imprudence dans l'acte même de s'enivrer.

L'article 65 renvoie l'inculpé dans un asile de buveurs à l'expiration de la peine si celle-ci est supérieure à quinze jours de prison ou si elle ne va pas jusqu'à la réclusion. L'auteur estime que l'internement devrait s'appliquer à tous les cas, et que ces deux exceptions laissent deux trous par où peuvent passer des buveurs dangereux. Il aurait au contraire confiance dans le système américain : condamnation conditionnelle avec obligation d'abstinence, et en cas de rupture d'abstinence, obligation de subir d'abord sa peine principale, ensuite l'internement dans un asile de buveurs pour une durée maxima de deux ans avec faculté de sortie également conditionnelle. Quant aux délinquants autres que les buveurs, qui ont bénéficié d'un non-lieu ou d'un acquittement à raison de leur état mental, ils seront, si la sécurité publique l'exige, envoyés, par décision judiciaire, dans un établissement public pour aliénés, et s'ils ont bénéficié d'une atténuation de peine, le renvoi à l'asile n'aura lieu qu'après la peine subie. A ce sujet, l'auteur estime qu'un médecin peut se demander si, d'une façon générale, il est logique de punir en cas de responsabilité atténuée. Il admet cependant que la combinaison d'une peine et d'une condamnation conditionnelle peut exercer une influence heureuse sur certains anormaux ; mais il voudrait que ces anormaux ne fussent pas internés dans les asiles ordinaires réservés aux vrais malades, mais dans des asiles spéciaux avec contrôle psychiatrique, à raison du grand nombre de vrais malades qui sont condamnés comme partiellement responsables. Quant à l'application de la peine, prévue pour la tentative, aux délinquants à responsabilité atténuée, un juriste pourrait faire remarquer que toutes les tentatives ne sont pas punissables.

III. — Cramer, de Göttingen, traite de la peine au cours de son exécution. Etant donné que le jury peut ne pas tenir compte des conclusions des experts et que,

d'autre part, la folie ou un cas-limite peuvent être constatés après la condamnation, il voudrait qu'un texte spécial stipulât que, dans les cas visés par l'article 63 (irresponsabilité complète ou responsabilité atténuée), la peine de mort ne pût pas être appliquée.

Quant à l'application de peines supplémentaires (privation d'aliments, de literie), prévues pour certains vicieux et applicables seulement après examen médical de l'état physique, l'auteur voudrait que cet examen portât aussi sur l'état psychique; car ces mesures peuvent, dans certains cas, aggraver l'état mental. Il voudrait aussi que la loi de sursis fût applicable même quand la peine dépasse six mois, cela permettrait quelquefois de se rendre compte par la suite que l'acte criminel a été commis pendant la période de début d'une psychose en évolution. A l'expiration de la peine, les condamnés à responsabilité atténuée devraient être placés non dans des asiles ordinaires, mais dans des asiles intermédiaires à créer, et la durée de leur internement devra, comme celle des irresponsables, être conditionnée uniquement par leur état mental, ce qui lui enlèvera tout caractère répressif.

L'avant-projet contient des mesures excellentes qui sont un acheminement vers un Code pénal spécial pour la jeunesse. Par la suppression de toute pénalité avant quatorze ans, l'application de la peine réservée à la tentative jusqu'à l'âge de dix-huit ans, la facilité d'abaisser la peine de plusieurs degrés et d'aller jusqu'au placement dans un établissement pédagogique, l'avant-projet supprime la question si difficile du discernement. L'article 70, en plaçant dans des établissements spéciaux les jeunes condamnés et en séparant des responsables ceux dont la responsabilité est atténuée, est excellent; mais il est regrettable qu'il permette l'admission des derniers également dans les asiles publics ordinaires. L'auteur réclame aussi des quartiers d'observation pour les jeunes condamnés; car pour déceler certains états dégénératifs avec perversions instinctives, une observation prolongée est souvent nécessaire. Quant aux réfractaires, incorrigibles, vicieux arrivés à leur majorité, l'auteur indique leur place dans les asiles intermédiaires (entre l'asile ordinaire et la

prison), s'ils sont psychopathes ; dans des établissements de travail (article 42), dans le cas contraire. Cette dernière mesure ne sera que palliative, attendu que l'article 42 la limite à six mois au minimum et à trois ans au maximum.

IV. — Longard (de Sigmaringen) traite de l'isolement cellulaire et des aggravations de peine.

Aux termes de l'article 22 l'isolement cellulaire est obligatoire pendant trois mois dans les maisons de détention, pendant six mois en cas de réclusion, il ne peut en aucun cas dépasser la durée de trois ans sans le consentement du condamné, et il cesse dès qu'il en résulte un danger pour l'état physique et mental. Il n'empêche pas, d'ailleurs, les rapports avec les employés, surveillants, chefs d'atelier, aumônier, instituteur, médecin ; ni les correspondances et visites, ni la participation aux exercices du culte et aux promenades. Le danger qui en résulte pour l'état physique ou mental est minime chez les hommes bien portants ; mais il n'en est pas de même chez les dégénérés.

L'auteur traite ici des psychoses pénitentiaires qu'il croit rares chez les sujets normaux, chez lesquels cependant il en a observé quelques cas. Il est d'avis que si dans la population des prisons le nombre des psychoses dépasse de 3 p. 100 la moyenne générale, le fait est imputable à d'autres causes qu'au régime. Aux termes de l'article 89, les récidivistes, criminels d'habitude, etc., sont placés dans des asiles spéciaux et ne sont pas isolés ; si, en cours de peine, ils se révèlent comme dégénérés, ils peuvent être transférés dans les asiles prévus par l'article 63 pour les irresponsables. Quant à l'article 18 qui institue comme suppléments de peine prononcés par les tribunaux la diminution de la ration alimentaire, la privation de couchage, etc., il soulève de vives critiques... On ne saurait, au point de vue médical, approuver de pareilles mesures, car on ne peut savoir si elles ne seraient pas préjudiciables à la santé physique ou psychique, et si même chez les sujets les plus pervers, qui sont souvent des dégénérés, elles n'aggravent pas la situation. Si ces rigueurs sont maintenues, il faut qu'elles perdent leur caractère judiciaire pour devenir des mesures purement disciplinaires ; sans

cela, il n'y a plus de traitement individuel possible.

V. — Schultze, de Greifswald, discute la procédure à suivre pour le maintien et la sortie des asiles. L'autorité administrative, liée par les décisions judiciaires, ordonne l'internement. Elle statue aussi sur la sortie, car le tribunal ne saurait fixer la durée de l'internement. Les décisions de l'autorité administrative, en ce qui concerne les sorties, sont néanmoins susceptibles d'opposition de la part de l'autorité judiciaire. Le Tribunal compétent devra être le Tribunal civil, comme pour l'interdiction, et la *procédure de sécurité* à suivre sera analogue à la procédure d'interdiction, avec les changements qu'exige la différence du but à atteindre, car ici il s'agira de garantir la sécurité publique sans imposer à l'individu une privation injustifiée de sa liberté. Comme pour l'interdiction, le ministère public doit pouvoir faire des réquisitions à tout moment. L'interné aura un représentant tout désigné s'il est mineur ou interdit; dans les autres cas on lui donnera un curateur. Un médecin spécialiste en psychiatrie sera entendu, le médecin traitant de préférence, auquel on pourra adjoindre d'autres experts si les ressources de l'interné le permettent, et s'il le désire. En cas de divergence d'opinions, le malade pourra être mis en observation dans un autre asile. Le médecin, bien entendu, ne pourra faire, de sa propre autorité, sortir l'interné, et son avis ne liera pas le magistrat. Pour éviter que l'interné n'abuse du droit de demander sa sortie, on pourrait imposer un délai de six mois entre les requêtes. Enfin, toute sortie serait révocable si le sujet devenait à nouveau dangereux; mais celui-ci pourrait exiger un examen médical pour établir le bien-fondé de sa réintégration.

VI. — Hoche, de Fribourg, traite ici de l'infanticide, qui n'est pas sans rapport, dans bien des cas, avec la psychiatrie.

L'article 217 punit de trois ans de réclusion au moins la mère qui tue son enfant *illégitime* pendant ou aussitôt après sa naissance. S'il existe des circonstances atténuantes, la peine est de deux ans d'emprisonnement. La loi admet donc pour les naissances illégitimes des motifs particulièrement puissants pour l'infanticide

chez la mère et un état psychique spécial. L'auteur estime que cet état psychique est réel dans bien des cas, et qu'il est le produit des trois facteurs suivants : 1° Etat général du système nerveux central; 2° influence spéciale de l'acte même de l'accouchement sur l'état psychique de la mère; 3° action des circonstances aggravantes d'ordre surtout social sur cet état psychique.

Mais cet état psychique spécial doit, au point de vue légal, être pris en considération, alors même qu'un seul des trois facteurs énoncés entre en jeu; et comme les deux premiers sont communs à toutes les femmes au moment de l'accouchement, qu'il s'agisse de naissance légitime ou illégitime, l'auteur estime qu'il est injuste d'exclure la mère de l'enfant *légitime* du bénéfice d'une législation adoucie, et qu'il convient de rayer dans l'article 217 le mot *illégitime*, comme aussi de réduire la peine à six mois d'emprisonnement s'il existe des circonstances atténuantes.

VII. — Dans un dernier chapitre, Vochze-Egling, de Munich, s'occupe des complicités d'évasion (enlèvements d'aliénés internés) et aussi du préjudice porté aux enfants par l'administration de l'alcool.

Il examine la question de savoir si celui qui fait évader un malade d'un asile, alors surtout que, d'après l'avant-projet du nouveau code pénal, beaucoup d'individus seront internés judiciairement, sera punissable comme celui qui fait évader un prisonnier. Le texte (article 129) qui édicte une peine pour ce dernier cas, ne saurait, pour diverses raisons, être applicable quand il s'agit de malades, même retenus par décision judiciaire. Néanmoins, l'acte de faire évader des aliénés, des buveurs, des contagieux internés par mesure de sécurité publique, par l'autorité administrative ou judiciaire, doit être prévu et puni par la loi; et l'acte de soustraire à l'autorité légitime un aliéné interdit devrait être assimilé au rapt d'enfant.

L'auteur estime aussi que l'acte de porter atteinte à la santé de l'enfant en lui faisant absorber de l'alcool ou en l'enivrant devrait être passible des peines prévues pour mauvais traitements infligés aux enfants.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1913.

Présidence de M. SEMELAIGNE, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Devaux, Mignard, Page et Perpère, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance manuscrite et imprimée.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Lagriffe qui fait connaître que, sur sa proposition, le Conseil municipal de la ville d'Auxerre a donné à une rue de cette ville le nom de Girard de Cailleux, créateur de l'asile d'aliénés de l'Yonne, ancien président de la Société médico-psychologique. — Une lettre de remerciements sera adressée au maire d'Auxerre.

2° Une lettre de M. Gaétano Boschi, vice-directeur du manicomio de Ferrare, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Dupain, Vigouroux et Boissier, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Thérapeutique générale des psychoses* ; — *Notice sur l'asile d'aliénés de Rouffach (Haute-Alsace)* ; par M. le D^r Gross.

2° *L'Enfance anormale*, numéro d'octobre 1913.

Projet de création d'une chaire de Psychothérapeutique chirurgicale à l'asile clinique (Sainte-Anne).

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, j'ai reçu de la Préfecture de la Seine une lettre dont je vais vous donner lecture et qui a trait à la création d'une chaire de psychothérapeutique chirurgicale à l'asile Sainte-Anne.

Paris le 22 novembre 1913.

« MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

« A la date du 9 juillet dernier, le Conseil général a voté le principe de la création, à partir du 1^{er} janvier 1914, d'une chaire de psychothérapeutique chirurgicale à l'asile clinique.

« Suivant la procédure réglementaire, la Commission de surveillance des asiles a été appelée à examiner cette question.

« Celle-ci, au cours de sa séance du 18 novembre courant, a exprimé le désir, pour être à même de formuler en toute connaissance de cause un avis sur l'affaire qui lui était soumise, de connaître l'opinion de la Société médico-psychologique sur l'opportunité de la création de la chaire dont il s'agit.

« Je vous serais reconnaissant de vouloir bien appeler la Société que vous présidez à examiner cette question dans sa prochaine séance et me faire connaître son avis.

« J'attacherais du prix à le recevoir le plus tôt possible, afin d'être en mesure de le porter en temps utile à la connaissance de la Commission de surveillance dont la prochaine séance a été fixée au mardi 2 décembre prochain.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

« *Le Directeur des affaires départementales,*

« P. MAGNY. »

Avant de passer à la discussion de ce projet de création d'une chaire de psychothérapeutique chirurgicale, qui

nous est soumis par la préfecture de la Seine, je donnerai la parole à M. Picqué pour la lecture d'une note.

M. LUCIEN PICQUÉ. — La chirurgie des aliénés s'applique à une catégorie très spéciale mais très étendue de malades. Son domaine doit en effet comprendre tous les psychopathes internés ou non et c'est ainsi qu'elle intéresse à la fois le chirurgien général et le chirurgien d'asile.

Par certains côtés, elle est comparable à la chirurgie des enfants. Le jeune âge crée en effet au chirurgien des difficultés cliniques particulières qui commandent des méthodes spéciales d'examen.

Chez les psychopathes, l'état mental crée également des difficultés cliniques et opératoires dont on ne peut triompher que par une éducation toute spéciale. Il n'est pas de chirurgien qui, au cours de sa carrière, ne se soit trouvé aux prises avec ces difficultés et certains les ont payé de leur vie.

D'ailleurs, chez les aliénés comme chez les enfants, on rencontre un groupement de maladies spéciales qu'on ne voit guère à l'hôpital, au moins avec cette fréquence. Ce sont les corps étrangers, les prolapsus de l'intestin et spécialement du rectum, les suppurations péri-intestinales, les luxations récidivantes de l'épaule, les fractures spontanées, les malformations des membres, etc..., affections sur lesquelles mes élèves ont écrit une série de travaux insérés dans mon recueil annuel.

Envisagée au point de vue clinique, la chirurgie des aliénés et des psychopathes présente un intérêt véritable. Chez ces malades, en effet, tous les syndromes fonctionnels des affections chirurgicales sont déformés; parfois, ils manquent complètement. Aussi, le chirurgien d'asile doit-il s'appliquer tout particulièrement à l'étude de la symptomatologie fonctionnelle.

Très négligée aujourd'hui en clinique générale, celle-ci domine toute la clinique des psychopathes et son étude exige des connaissances spéciales en psychiatrie.

Combien d'affections méconnues et qu'il faut dépister par des procédés spéciaux chez des malades à sensibilité diminuée, comme les paralytiques généraux, ou simplement réticents, au cours de troubles mentaux divers,

sous peine de laisser passer le moment opportun pour intervenir !

D'autre part, combien ne faut-il pas tenir compte de certains états mentaux (comme l'hystérie et l'hypocondrie) grâce auxquels les malades exagèrent les symptômes d'une affection légère ou les inventent même, exposant ainsi le chirurgien à intervenir inutilement !

La discussion qui s'est élevée, en 1897, à la Société médicale des hôpitaux, sur l'appendicite fantôme, montre bien l'intérêt qu'il y a pour le médecin à bien connaître les modes de réaction mentale et périphérique chez certains sujets.

Une affection chirurgicale est nettement reconnue chez un psychopathe.

Il convient de l'opérer sans aggravation de l'état mental préexistant.

Il est une opinion erronée, mais très répandue chez le médecin, que toute affection chirurgicale chez l'aliéné appelle une intervention sanglante, qu'il convient de pratiquer, sans tenir compte de l'état mental du sujet. L'étude des psychoses post-opératoires prouve suffisamment qu'on ne touche pas impunément aux psychopathes.

L'état cérébral du sujet peut, en effet, comme tout état viscéral, donner lieu, sauf en cas d'urgence, à des contre-indications opératoires. L'étude de celles-ci constitue un important chapitre de la chirurgie des aliénés.

L'intervention est décidée.

1° La question de l'anesthésie doit tenir la première place dans les préoccupations du chirurgien.

Je l'ai envisagée autrefois dans la thèse de mon élève Marchand et dans une communication à la Société de Chirurgie ;

2° Les opérations simulées doivent être envisagées. J'en ai montré l'inutilité et le danger dans un mémoire présenté à la Société de Chirurgie ;

3° Quant au choix du traitement, il soulève de nombreux et délicats problèmes. J'ai montré, dans mon rapport au Puy sur les indications opératoires chez les aliénés, qu'il doit varier pour une même affection selon la forme mentale. Tantôt le chirurgien doit recourir aux divers procédés de la méthode conservatrice ; tantôt,

au contraire, à la méthode sanglante, et j'en ai donné longuement les raisons. Enfin, la technique opératoire, si le chirurgien s'est décidé à l'opération, doit varier de même selon la forme mentale ;

4° Enfin, il faut connaître les soins consécutifs tout à fait spéciaux qu'il convient de donner à ces malades. J'y ai insisté dans une récente communication à l'Académie de Médecine. Par l'exposé qui précède, on voit que la chirurgie des aliénés intéresse tout spécialement le chirurgien.

Son étude le met à même d'éviter des erreurs de diagnostic chez les psychopathes à symptomatologie fonctionnelle amplifiée ou d'intervenir en temps utile chez des malades dont l'état mental annihile toute symptomatologie. Elle lui permet, en outre, de connaître les contre-indications opératoires tirées de l'état mental du malade, et, par conséquent, de limiter le nombre des psychoses post-opératoires. Une fois l'opération décidée, elle guide encore le chirurgien dans le choix de la méthode et du procédé et l'éclaire sur les soins consécutifs qui conviennent à chaque malade.

La chirurgie des aliénés intéresse-t-elle la médecine mentale ?

Déjà, des questions médico-légales relatives aux traumatismes crâniens ne peuvent être utilement tranchées que par le concours de l'aliéniste et du chirurgien.

Bien souvent, je suis consulté, dans nos asiles, pour des questions de ce genre.

Mais, existe-t-il des troubles mentaux liés à des maladies périphériques, et le traitement de celles-ci peut-il amener la disparition de ceux-là ?

Or, l'origine périphérique du délire reste une question très controversée à notre époque. Je l'ai étudiée dans mon volume : *Psychopathies et chirurgie*, et, récemment, dans mon rapport au Pny.

Il est incontestable qu'un grand mouvement se dessine dans ce sens depuis quelques années en Amérique, en Angleterre et en Italie. D'autre part, on ne peut méconnaître les tendances de certains psychiatres français de l'époque actuelle, à accorder à la périphérie une place de plus en plus grande dans l'étiologie des délires.

Quelle que soit, en résumé, l'opinion qu'on peut se

faire de la chirurgie des aliénés au point de vue doctrinal, on ne peut nier que, par les multiples questions qu'elle soulève au point de vue pratique et scientifique, elle exige, de celui qui veut s'y adonner, une éducation toute spéciale, et qu'ainsi elle mérite de devenir, à notre époque, une branche intéressante de la chirurgie.

DISCUSSION

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, vous venez d'entendre la lecture de la lettre de M. le Préfet de la Seine, et la communication de M. Picqué: quelqu'un demandait-il la parole à propos de cette lettre ou de cette communication?

M. COLIN. — La question que nous pose la Commission de surveillance des asiles de la Seine mérite que nous ne nous contentions pas de répondre extemporanément par oui ou par non.

Je propose qu'une Commission étudie les termes dans lesquels sera conçue la réponse de la Société médico-psychologique.

M. VALLON. — N'est-il pas à craindre que si nous nommons une Commission, notre réponse ne soit pas prête en temps utile? La Commission de surveillance des asiles souhaite de connaître l'avis de la Société médico-psychologique pour sa prochaine séance fixée au 2 décembre. Il faudrait que, d'ici là, notre Commission se fût réunie, eût nommé un rapporteur, eût préparé son rapport, l'eût soumis à la Société, elle-même convoquée en séance extraordinaire; et que la Société enfin, après discussion, eût arrêté les termes définitifs de sa réponse. Il me paraît difficile d'obtenir ce résultat en quelques jours: ne pouvons-nous discuter et voter dès aujourd'hui?

M. VIGOUROUX. — Si la Société désigne immédiatement une Commission, si cette Commission se réunit aussitôt dans la salle voisine pour nommer un rapporteur et arrêter les grandes lignes de sa réponse, il lui restera à se réunir une seule fois; et la Société aura encore le temps de tenir une séance extraordinaire avant le 2 décembre.

M. RITTI propose que la séance extraordinaire soit

fixée au samedi 29 novembre à 5 heures. (La majorité se rallie à cette proposition.)

M. VALLON. — Dans ces conditions, je me rallie au projet de nomination d'une Commission.

Sont nommés membres de la Commission chargée de préparer la réponse de la Société médico-psychologique à la lettre de M. le Préfet de la Seine : MM. COLIN, DUPRÉ, KLIPPEL, SÉGLAS, VALLON et VIGOUROUX.

Rapport de candidature.

M. ARNAUD. — Au nom de la Commission que vous avez chargée d'examiner la candidature du D^r Dario Valtorta au titre d'associé étranger de la Société médico-psychologique, j'ai l'honneur de vous faire connaître les conclusions de la Commission.

Notre confrère italien est médecin du Manicome provincial de Côme, et il est, de plus, attaché au laboratoire scientifique de la Clinique des maladies professionnelles de Milan. Son activité scientifique s'est exercée dans des domaines variés, ainsi que le prouvent les nombreux mémoires qu'il nous a envoyés à l'appui de sa candidature. Ces mémoires sont au nombre de vingt-deux. On peut les classer sous trois rubriques principales : Clinique, Anatomie pathologique, Biologie.

Parmi les recherches cliniques du D^r Valtorta, je relèverai particulièrement ses importantes études sur la pellagre, où se trouvent condensées dans leur ensemble les notions actuelles sur la pathologie de cette intoxication, sur les formes psychopathiques auxquelles elle peut donner naissance, sur leur diagnostic souvent délicat et sur les modifications symptomatiques pouvant résulter d'une intoxication alcoolique surajoutée; sur l'héredo-pellagre et ses manifestations dégénératives, etc.

La démence précoce fait l'objet de deux mémoires consacrés à l'étude minutieuse des rapports symptomatiques de cette affection et de l'épilepsie : phénomènes démentiels dans l'épilepsie, phénomènes comitiaux dans la démence précoce, leur association, leurs influences réciproques; enfin, description de symptômes de nature variée mais constants, à physionomie particulière, et

ayant la signification d'une *aura prodromique* des crises d'excitation catatonique.

A propos de l'alcoolisme et de ses manifestations psychopathiques, l'auteur insiste fort justement sur l'importance du facteur endogène, c'est-à-dire de la prédisposition individuelle, dans la production des troubles mentaux, dans leur expression clinique et dans leur évolution, qu'il s'agisse d'alcoolisme aigu, subaigu ou chronique.

Les travaux d'anatomie pathologique se réfèrent à l'étude de la dégénérescence primaire des fibres de la substance blanche au voisinage de la région rolandique, dans un cas de mal épileptique, et à des recherches sur les altérations des cellules nerveuses corticales, dans un cas de typhus pellagreu.

D'intéressantes études d'urologie et d'hématologie constituent la troisième catégorie des travaux du D^r Valtorta. Chez des phrénasthéniques avec syndrome hypothyroïdien, l'auteur a fait de nombreuses recherches sur les éléments organiques et inorganiques de l'urine, sur le pouvoir réducteur et sur le pouvoir isolytique du sérum sanguin, sur le pouvoir urotoxique et sérotoxique. Une autre série est consacrée à l'élimination de l'acide urique dans les états d'excitation et dans les états de stupeur.

Si j'ajoute à ces rapides indications la mention de travaux relatifs à l'hypertension dans l'épilepsie, aux rapports des états psychopathiques et de l'influenza, au chant chez les aliénés, je vous aurai permis d'apprécier l'activité de notre distingué confrère et la multiplicité des sujets auxquels s'est appliquée cette activité. Ses différents travaux témoignent de connaissances étendues, d'un sens clinique très averti, de la pratique des méthodes de laboratoire, et vous penserez avec moi, j'en ai la conviction, que le D^r Dario Valtorta est pleinement digne d'être compté au nombre de nos associés étrangers. C'est avec confiance que je présente à vos suffrages sa candidature.

M. Dario Valtorta est élu membre associé étranger. à l'unanimité des membres présents.

Les injections intrarachidiennes de mercure dans la paralysie générale,

par le D^r MAURICE PAGE, médecin de la maison
de santé de Bellevue (Seine-et-Oise).

Tandis que le traitement, mercuriel ou arsenical, a une action rapide et presque certaine contre les manifestations ordinaires de la syphilis, dans la paralysie générale on est frappé de son inanité. La plupart des auteurs — citons, par exemple, MM. Raymond (1), Sicard, Dupré, Bonnier — dans la méningo-encéphalite, déconseillent le mercure comme inutile et même dangereux; plus récemment, M. Lebret (2), dans sa thèse, confirme cette opinion, à peu près unanimement adoptée en France à l'heure actuelle. Le 21 juillet 1913 (3), a été présenté à la Société clinique de médecine mentale un malade qui avait eu un accès de mélancolie en janvier 1911; comme il était syphilitique, on lui fit dès ce moment un traitement spécifique intensif, ce qui n'empêcha pas la méningo-encéphalite de s'installer, puis d'évoluer jusqu'à ce jour; cette observation détaillée confirme l'inefficacité du traitement spécifique dans la paralysie générale, même s'il est institué dès les premiers symptômes. Alors que Pilcz (4) et Wagner von Jauregg (5) y sont moins opposés, Obersteiner et Krafft-Ebing nient l'efficacité du traitement spécifique.

Avec le sel d'Ehrlich, les opinions ne concordent pas autant sur les mauvais résultats obtenus: Alt (6), Leredde (7) font l'éloge de l'arséno-benzol; Marinnesco (8), présentant onze observations, le juge mauvais et nuisible dans la paralysie générale.

(1) Raymond. Congrès de Lisbonne, 1906.

(2) Lebret. Thèse de Paris, 1906.

(3) *Comptes rendus de la Soc. de médecine clinique mentale*, 21 juillet 1913.

(4) Pilcz. *Wiener med. Woch.*, 1907 et 1908.

(5) Wagner von Jauregg. *Wiener med. Woch.*, 1903 et 1909.

(6) Alt. *Münch. med. Woch.*, 1910, n° 4.

(7) Leredde. *Soc. de médecine de Paris*, 1913.

(8) Des recherches analogues ont été faites par MM. Ravaut, Sicard, Claisse, Marchand.

Comme l'écrivent Nichols et Hough (1), l'arséno-benzol, ainsi que le mercure, introduits dans la circulation, ne réussissent pas à détruire les spirochètes du système nerveux parce qu'ils ne les atteignent pas. Il y a là comme une barrière. Imperméabilité des méninges, dit le professeur Westphal ; peut-être, le certain est que l'injection sous la peau et même intraveineuse, de mercure ou d'arséno-benzol, est inefficace généralement et souvent pire dans la maladie qui nous occupe.

L'idée m'est venue de porter le remède aux sources du mal : à deux malades, paralytiques généraux au début, j'ai injecté du mercure dans l'espace sous-arachnoïdien. Voici comment j'ai procédé : au lieu d'élection, je fais une ponction lombaire et je laisse couler de 10 à 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, que je recueille pour les analyses ultérieures ; à portée de la main, j'ai une seringue chargée de 10 centimètres cubes de la solution mercurielle, je l'ajuste à l'aiguille et j'injecte très lentement. Cette très petite opération est renouvelée tous les huit jours.

La solution employée est la suivante :

Succinimide de Hg	2 centigr.
Sulfate de soude	0,70
Phosphate de soude	0,30
Eau distillée	100 c. c.

Parmi les composés mercuriels solubles, j'ai cherché le moins irritant, et j'ai choisi le succinimide parce que, dit M. Jullien (2), qui a préconisé ce remède, « c'est celui qui donne la moindre réaction locale » ; j'ai ajouté du sulfate de soude et du phosphate de soude pour que la solution soit plus facilement absorbée par les méninges, qui doivent être irritées le moins possible.

Le seul inconvénient de ce traitement est l'appréhension qu'en ont les malades et leur entourage ; il ne provoque aucune douleur, mais seulement une chaleur désagréable le long de la colonne vertébrale, depuis les

(1) Nichols et Hough. *Journal of the Amer. medic. Assoc.*, 11 janvier 1913.

(2) Jullien. *Gazette des Hôpitaux*, 1892.

lombes jusqu'au cou, et qui persiste deux jours environ; le soir de l'injection, il y a une accélération des pulsations et un peu de céphalée; sur dix-huit injections intrarachidiennes, une fois il y a eu élévation de la température (38°4) et deux fois des vomissements. Le jour même, on doit naturellement laisser le malade au lit, étendu très à plat, et à la diète complète (vingt-quatre heures). La dose de 0,002 de succinimide peut être renouvelée sans inconvénient tous les huit jours.

Les résultats généraux sont : une amélioration des troubles de la parole et de l'écriture, une grande atténuation de la fatigue physique et cérébrale, le retour de l'attention et de la mémoire, la disparition du tremblement, la diminution de l'irrégularité pupillaire et du signe d'Argyll (dans un cas).

Une fois, l'amélioration de l'état général a été telle que le malade a pu reprendre sa vie à peu près normale. On m'objectera qu'une rémission n'est pas rare dans la paralysie générale, mais quand celle-ci suit immédiatement un traitement qui paraît rationnel, qu'elle dure depuis un an et demi (et elle dure toujours), que le Wassermann légèrement positif avant le traitement est devenu négatif ensuite, et que le chiffre de la lymphocytose a notablement baissé, il semble bien qu'on peut attribuer cette rémission au traitement.

Localement les résultats sont très nets : au début il y a augmentation des polynucléaires et des plasmazellen, ensuite diminution des polynucléaires, des lymphocytes et de la réaction albumineuse, enfin disparition des plasmazellen; une fois sur deux le Wassermann du liquide céphalo-rachidien est devenu négatif.

Ces recherches datent de trois ans et de deux ans; la paralysie générale était alors classée comme affection parasymphilitique; nous ne savions pas, ce que les découvertes de Noguchi confirmées par les recherches de Levaditi, A. Marie et Bankowski (1) ont montré, que les tréponèmes pâles pullulent dans la substance grise des paralytiques généraux, au niveau des lésions de la méningo-encéphalite. Mais il est certain que cette

(1) Levaditi, Marie et Bankowski. *Soc. de Biologie*, avril 1913 et *Soc. de médecine mentale*, 21 avril 1913.

constatation doit encourager les médecins à adopter la voie intrarachidienne pour que le mercure atteigne *in situ* la cause de la maladie.

Seulement comme le tissu nerveux ne se régénère pas ou ne se régénère que très peu, il est essentiel d'intervenir avant que les neurones corticaux ne soient dégénérés en trop grand nombre. De cela nous sommes avertis par les signes cliniques d'une part, ensuite par les réactions des méninges rachidiennes sur lesquelles les examens cytologiques donnent des renseignements précis. En effet, il ne faut pas oublier qu'on peut toujours « à chaque instant faire une biopsie du système nerveux de ses malades » (1).

La ponction lombaire devrait donc être pratiquée souvent, presque systématiquement chez tous les syphilitiques anciens, suspects de lésions nerveuses. Elle seule nous donne des renseignements précis sur l'intensité des réactions rachidiennes, assez tôt pour nous permettre d'agir avant les lésions irrémédiables.

*
*
*

Puisque le traitement de la paralysie générale par les injections intrarachidiennes de mercure est facile et sans danger; qu'il est logique, d'après les découvertes anatomo-pathologiques récentes de Noguchi (2); qu'il est le seul moyen non seulement de dépister la maladie et d'en suivre l'évolution, mais encore de la traiter sûrement et rapidement, il est à souhaiter que ces modestes essais sur deux malades incitent les médecins à adopter et à perfectionner cette thérapeutique contre une maladie qui mène sûrement au gâtisme et à la mort.

*
*
*

Voici, résumées, les observations de nos malades.

Oss. I. — M. P..., cinquante-deux ans, entrepreneur. Premier accident syphilitique, il y a quinze ans; la maladie a été négligée, soignée de temps à autre par des pilules. Les accidents de paralysie générale reconnus par l'entourage il y a

(1) Ravaut. *Monde médical*, octobre 1911.

(2) Noguchi. *Presse médicale*, octobre 1913.

quatre mois : négligence de ses affaires et de sa tenue, achats inconsidérés, prodigalité anormale. L'intelligence a baissé, la mémoire a des trous; il pleure facilement sur sa déchéance. Pas de délire, mais préoccupations continuelles de sa santé. Signe d'Argyll; léger tremblement des lèvres; Wassermann du sang positif.

Ponction lombaire exploratrice, en janvier 1910 : liquide nettement albumineux; 27 lymphocytes par champ, polynucléaires en petit nombre (2). Réaction de Wassermann faiblement positive. Huit jours après et ensuite tous les huit jours 7 ponctions lombaires suivies de l'injection de 2 milligrammes de succinimide de Hg. Le 20 janvier : 26 lymphocytes, 2 polynucléaires, quelques plasmazellen; 30 janvier : 28 lymphocytes, 4 polynucléaires, les plasmazellen augmentées; 10 février : 26 lymphocytes, 5 polynucléaires; 20 février : 30 lymphocytes, 5 polynucléaires, pas de plasmazellen; 1^{er} mars : 25 lymphocytes, 4 polynucléaires, pas de plasmazellen, la réaction moins franchement albuminoïde; 9 mars : 20 lymphocytes, 2 polynucléaires, quelques plasmazellen; 20 mars : 16 lymphocytes, 2 polynucléaires, pas de plasmazellen. Réaction de Wassermann négative.

Depuis le commencement de mars le malade est notablement amélioré; son intelligence revient; les préoccupations de sa santé ne l'obsèdent plus; il parle et cause volontiers, il se promène sans fatigue; on ne trouve plus le tremblement de la langue et des lèvres; les pupilles sont redevenues presque normales. Malheureusement il attrape une pneumonie grippale qui l'emporte en cinq jours sans le moindre signe de méningite et le malade ayant recouvré toute sa lucidité. Il a été impossible de faire l'autopsie.

OBS. II. — M. L..., quarante-deux ans, avocat.

Syphilis datant de sept ans, toujours soignée et suivie; il a reçu un grand nombre de séries de piqûres d'huile grise, de biiodure et de benzoate. Il arrive à ma maison de santé avec le diagnostic net de mélancolie sans délire; préoccupations hypochondriaques telles qu'il ne s'occupe plus que de ses selles, de sa langue, de son poulx; inégalité pupillaire sans Argyll; écriture de paralysie générale inégale, heurtée, avec des lettres qui manquent et des fautes d'orthographe; mémoire défaillante. Ponction exploratrice : 15 lymphocytes par champ, 2 polynucléaires, réaction albuminoïde. Le mercure en injections hypodermiques est essayé pendant un mois, 4 injections intraveineuses de salvarsan; aucun changement dans l'état physique et mental.

En avril 1912, on décide de tenter les injections de mercure intrarachidiennes. Onze ponctions suivies d'injections ont été

pratiquées sur ce malade. Les quatre premières déterminent une augmentation générale des cellules : mono et polynucléaires ; à la suite de la troisième, légère température et vomissements bilieux. Au bout de la cinquième injection baisse progressive du nombre des cellules et diminution de la réaction albuminoïde.

Après la onzième le malade part très bien ; il va à la chasse ; il n'écrit une lettre dans laquelle il est impossible de trouver un signe quelconque de maladie ; il reprend sa place au Palais, il va dîner en ville ; bref, depuis août 1912, c'est-à-dire depuis plus d'un an, il est revenu à une santé qui semble parfaite.

DISCUSSION.

M. BRIAND. — N'avez-vous jamais observé de paraplégie à la suite de ces injections ?

M. PAGE. — Je n'en ai pas observé. M. Sicard, qui a fait de nombreuses injections intrarachidiennes, n'a pas eu non plus d'accidents chez les paralytiques généraux.

M. MARCHAND. — Ce n'est pas sans une certaine satisfaction que je viens d'entendre les résultats de M. Page. Voici exactement onze ans que je faisais ici même une communication sur le même sujet. A cette époque la ponction lombaire était encore considérée comme une opération grave et on était très peu renseigné sur les réactions méningées qui peuvent résulter de l'introduction de médicaments ou de sérums organiques dans la cavité sous-arachnoïdienne. Mes recherches venaient montrer que l'on peut, en agissant avec prudence, introduire dans le liquide rachidien des paralytiques généraux un sel de mercure et de l'iodure de potassium, non seulement sans crainte de nuire aux malades, mais avec des chances de les améliorer. Depuis, la thérapeutique a, aussi bien en chirurgie qu'en médecine, profité de cette nouvelle voie et M. Page nous apporte des résultats très encourageants.

Je suis persuadé que de toutes les affections cérébrales chroniques, la paralysie générale est celle que l'on doit arriver à guérir. Les lésions inflammatoires du cerveau y sont très spéciales ; à leur début, elles se localisent sur l'élément vasculo-conjonctif sans altération profonde des cellules nerveuses. Quand on aura

trouvé le moyen de détruire l'agent pathogène qui cause cette inflammation, on pourra, en agissant de bonne heure, sauvegarder l'intelligence de l'individu. Peut-être faudra-t-il associer aux injections intraveineuses les injections intrarachidiennes de sels de mercure ou d'arsenic. De nouvelles recherches doivent être poursuivies avec méthode dans ce sens.

M. ARNAUD. — Pourquoi, dans ces conditions, M. Marchand n'a-t-il pas poursuivi ces recherches ?

M. MARCHAND. — Parce que j'ai changé de poste et que je me suis trouvé dans des conditions d'expérimentation moins bonnes.

M. ARNAUD. — Je suis heureux de constater que cette seule raison vous a interrompu, car pour ma part j'estime qu'on ne saurait trop entreprendre pour tenter de traiter les paralytiques. Quelques auteurs ont proposé ces temps-ci de faire des injections intracrâniennes de salvarsan après trépanation. Je ne vois pas ce qui empêche qu'on les suive.

M. BRIAND. — Si nous en jugeons par quelques communications récentes, le traitement par les sels d'Ehrlich donne aussi des résultats intéressants dans le traitement des paralytiques.

M. JUCQUELIER. — Les recherches auxquelles M. Briand veut bien faire allusion méritent en effet d'être poursuivies. Elles sont en tout cas symptomatiques, comme celles de M. Page, du souci général de tenter quelque chose en faveur des paralytiques généraux. Malgré la vogue actuelle du salvarsan, et malgré les accidents qui ont pu être imputés au traitement hydrargyrique, le mercure n'en reste pas moins un antisiphilitique puissant, et qu'on a le devoir de mettre en œuvre partout où l'on prétend détruire des spirochètes.

La démence épileptique,

par M. DUCOSTÉ.

Je résumerai, en une très courte note, les trois premiers chapitres (Introduction. Historique. Symptomatologie) du mémoire sur *la Démence épileptique* que

votre Société a bien voulu honorer d'une partie du prix Belhomme.

Première question : La démence est-elle la terminaison fatale du mal comitial ? Si non, quelle est la proportion d'épileptiques qui peuvent espérer y échapper ?

Il n'y a d'autre réponse que celle qu'ont donnée les aliénistes ; elle vise donc, sinon les formes graves du mal comitial, du moins celles qui ont été incidentées d'impulsions violentes et de troubles mentaux.

Calmeil, Esquirol, Morel et leurs contemporains estiment que la démence est « l'espèce d'aliénation qui menace le plus les épileptiques » ; ce n'est que par exception qu'ils n'y tombent pas. Wildermuth et Schüle donnent la proportion de 60 à 70 p. 100 ; Peybernes de 80 p. 100 ; la statistique de Turner qui, par une erreur d'interprétation, avance le chiffre de 29 p. 100, avoue en réalité celui de 86. Parmi les 68 épileptiques que j'ai examinés à la maison de santé et à l'asile de Ville-Evrard, je compte 60 idiots ou déments. Proportion : près de 90 p. 100.

*
*
*

L'historique de la démence épileptique tient en quelques lignes.

Jusqu'en 1860 on ne s'occupe guère des caractères psychologiques de cette démence. On discute de ses causes immédiates : est-elle le fait des attaques ou des vertiges ? On admet généralement que les vertiges ont une influence plus marquée parce qu'ils sont beaucoup plus souvent répétés.

En 1852, Delasiauve décrit la stupidité ou confusion hallucinatoire et il semble que cette découverte, oubliée si longtemps mais heureusement renouvelée, étendue et vivifiée en 1895 par M. Chaslin, va permettre de détacher de la démence les états confusionnels jusqu'alors confondus avec elle. Cependant nous voyons Delasiauve, dans son *Traité de l'épilepsie*, paru en 1854, donner comme type à la démence épileptique la « stupidité chronique » et en offrir dans le *Journal de médecine mentale* de 1861 une image plus littéraire que clinique et, malgré son effort d'analyse, sans grand attrait.

Morel et Falret font connaître en 1860 l'épilepsie larvée : découverte capitale, mais qui n'ajouta en aucune façon à nos connaissances sur la démence épileptique.

Morel n'en voit que la forme ultime, celle qui ressemble superficiellement à la paralysie générale.

Schüle approfondit davantage : il note les troubles de la mémoire, surtout des faits anciens, la lenteur des conceptions, la conservation relative de la logique, et la conscience que les déments ont de leur amnésie « qu'ils s'efforcent, dit-il, de masquer en décrivant avec des détails infinis les choses les plus simples ». Bien que très concise, cette description de la démence épileptique est remarquable, et met en lumière des traits qu'on doit considérer comme spécifiques.

Wildermuth, cité par Schüle, attribue à la démence des jeunes sujets l'apathie et la lenteur dans la marche des idées, la disparition des souvenirs anciens avec conservation partielle de l'intelligence, la conscience de l'état psychique.

C'est à peu près tout ce qu'on trouve de positif de 1860 à ces dernières années.

Les classiques n'ont pas insisté : Cullerre considère la mémoire comme la moins atteinte des facultés; Krafft-Ebing parle de « troubles du caractère et de la sphère éthique », bien connus, en effet; Régis et Rogues de Fursac disent simplement que cette démence est irrégulièrement progressive et rémittente dans une certaine mesure; Dutil, dans le *Traité de pathologie mentale*, reproduit, les assertions de Féré qui paraissent elles-mêmes conçues *a priori*.

Les auteurs contemporains n'ont point cherché de signes propres à la démence épileptique. Tout leur effort a porté sur l'assimilation clinique qu'on pouvait en faire avec les autres formes de démence.

Ainsi, J. et R. Voisin décrivent — à côté, il faut l'avouer, d'une forme spéciale : « la démence épileptique paralytique spasmodique infantile » — la démence précoce des épileptiques, où se distinguent les formes simple, hétérophrénique, catatonique et paranoïde. Marchand voit chez les épileptiques la démence paralytique et celles qui ressemblent à l'idiotie, l'imbécillité,

la démence précoce. M. Léon Morel, dans son travail inaugural, individualise les démences paralytique, précoce et sénile des épileptiques. M. Doury découvre chez les comitiaux la démence alcoolique, et M. Voisin la démence vésanique.

Sur les 84 épileptiques soignés à Ville-Evrard, 16 sont, pour diverses raisons, inutilisables en cette étude et 17 des imbéciles ou idiots à la suite de crises ayant débuté dans le jeune âge. Je ne m'occuperai pas aujourd'hui de ces jeunes sujets qui ont été étudiés par divers auteurs.

Des 51 malades restants, 43 sont déments.

Sur ces 43 déments, 19 sont profondément lésés : tout examen psychologique est, chez eux, impossible. Ils s'assimilent aux déments épileptiques décrits par Morel ; ils sont assez semblables aux paralytiques généraux, mais s'en distinguent (en dehors de la longue évolution de leur démence et des commémoratifs) par l'absence des signes physiques habituels à la paralysie générale et aussi par des accès de violence qui brisent de temps à autre le cours monotone de leur vie végétative. M. Marchand, qui a très bien étudié ces déments, a vu que leur liquide céphalo-rachidien ne contient pas trace de lymphocytose et que le taux de l'albumine n'y est pas supérieur à 0 gr. 50, tandis qu'il atteint fréquemment 2 grammes chez les paralytiques généraux.

Des 24 déments qui restent, 9 sont des stupides chroniques, comme disait Delasiauve ; en somme, des malades atteints de confusion mentale sans retour, même passager, à la lucidité.

Est-ce là de la démence ? ou de la confusion mentale entretenue par des vertiges répétés, inaperçus, ou par d'autres causes ignorées ? Il est très difficile d'en décider. M. H. Damaye voit, dans ces états, de « l'obtusion prédémentielle ». Pour lui, c'est un syndrome de passage entre l'obtusion postparoxystique passagère et la démence vraie, ce qui serait corroboré par l'examen histologique qui montre des lésions cellulaires semblables à celles de la démence, mais moins prononcées et non encore entièrement constituées. Cliniquement, c'est de la confusion mentale.

Un problème reste pendant, que je n'ai pu élucider

par suite de l'imprécision des observations. Par quels états psychologiques ont passé ces 9 malades avant de s'éterniser dans cette stupidité ? Ont-ils été des confus d'emblée ? Ont-ils présenté l'état mental des 15 autres épileptiques dont je vais faire maintenant une rapide analyse ? Cet état mental, cette démence se cache-t-elle sous l'obtusion habituelle ?

Des observateurs mieux placés et plus heureux donneront facilement la réponse.

Les 15 derniers malades m'ont paru définir une forme très spéciale de démence épileptique. Je ne puis découvrir en eux un seul trait qui les identifie aux autres déments — ou même les en approche. Ils se ressemblent tous, bien qu'à des stades divers de leur déchéance ; et la démence a des caractères si nettement spécifiques — je le crois du moins — qu'on pourrait, à son seul examen, la rattacher au mal comitial, quand bien même on ignorerait les convulsions antérieures.

J'ai reproduit avec détails les observations de ces déments dans le mémoire que je résume actuellement. Elles sont beaucoup trop étendues pour que je les présente ici : je ne donnerai que les conclusions qui s'en dégagent. J'ai eu la bonne fortune de trouver à la maison de santé de Ville-Evrard trois de ces épileptiques dont les observations, minutieusement tenues à jour par mes distingués devanciers, m'ont été d'un très grand profit. Ces trois malades sont épileptiques respectivement depuis douze, vingt-deux et trente-six ans, et leur démence est proportionnée à l'ancienneté de leur mal : ils suivent la même route à des distances inégales. A eux trois, ils permettent d'esquisser, et d'achever le tableau de la démence comitiale : il faudrait pouvoir montrer simultanément ces trois malades : ils feraient eux-mêmes, en quelque sorte, la description de cette démence, et elle s'imposerait à tous, si je ne m'abuse, dans son relief et sa vie, avec ses caractères psychologiques et évolutifs.

A défaut de cet enseignement direct, je dois me contenter d'une énumération, nécessairement un peu terne, de symptômes.

Ce qui caractérise la démence épileptique, ce sont d'abord les *troubles de la mémoire*. C'est par eux qu'elle

débute, c'est par leur spécialisation, leur évolution et les réactions psychologiques qu'ils entraînent que cette démence se personnalise et se sépare de toutes les autres.

C'est une amnésie essentiellement *rétrograde* ; elle ne deviendra antérograde que beaucoup plus tard. Et tout d'abord elle est *parcellaire*, parfois élective, en ce sens qu'un ordre de souvenirs peut disparaître plus complètement que d'autres, mais toujours *parcellaire* : des lambeaux de la vie mnésique disparaissent ; il se produit des fissures dans la continuité des souvenirs ; des noyaux d'événements se dissolvent, entraînant avec eux tout ce qui, logiquement, s'y attachait. C'est le premier avertissement de la démence, et il est souvent assez discret pour qu'on ne l'entende point : certains épileptiques, cependant, s'en préoccupent ; d'autres le découvrent soudain avec étonnement.

Cette période, où le bloc des souvenirs est encore à peine fragmenté, est assez courte ; bientôt l'amnésie s'étend et devient telle que les malades ne peuvent plus l'ignorer. L'amnésie, en effet, est *consciente*, et il n'est pas d'épileptique qui ne se plaigne, à un moment, de la désagrégation de sa mémoire.

Les fissures que je signalais tout à l'heure s'élargissent et se réunissent : mal étayés, isolés les uns des autres, les blocs de souvenirs encore debout s'écroulent, et ce sont les plus anciens, ceux qui devraient, s'ils obéissaient à la loi de Ribot, demeurer intacts le plus longtemps, qui disparaissent les premiers ; de telle sorte qu'à un stade moyen de sa démence, l'épileptique n'a plus le souvenir des acquisitions les plus lointaines ; il est très curieux de voir combien totalement s'évanouissent, par exemple, les notions rapportées de l'école. Les séries de concepts constitués dans l'enfance et l'adolescence se désagrègent et s'abîment, et, suivant la richesse et la variété de ces concepts, suivant, surtout, l'utilisation qu'en faisaient les malades, la déchéance intellectuelle, la même au fond, est plus évidente chez les uns que chez les autres. A un examen superficiel, ces déments sont très différents, comme l'avait dit Schüle ; observés avec plus d'application, ils s'apparentent tous de très près.

Ainsi, premiers caractères : amnésie rétrograde — de

conservation (il ne paraît pas possible de ranimer les souvenirs éteints) — consciente, d'abord et pour un temps assez court parcellaire, puis totale et submergeant la vie du malade dans un mouvement continu d'ascension vers les souvenirs les plus jeunes.

Cela évoque l'image d'un flux qui s'étend peu à peu sur une plage, respecte pour un temps quelques sommets plus stables, qui, à leur tour, s'écroulent.

Cependant, la majorité des épileptiques conservent quelques-uns de ces « sommets », et, à l'ordinaire, ils apparaissent même particulièrement lumineux : les épileptiques citent des dates précises dont on peut contrôler l'exactitude, et ces dates se rapportent volontiers à des événements lointains.

Ces souvenirs persistants s'attachent à une émotion ancienne particulièrement vive, et seul est remémoré ce que cette émotion a cristallisé autour d'elle : une épileptique, très profondément atteinte, se souviendra des premières difficultés qu'elle eut avec son mari et de la brutalité dont il fit preuve à cette occasion : les détails y sont, dans leur minutie, le lieu, la date, l'heure et le reste ; mais tout autour il n'y a rien. Elle sait que ce fut dans telle ville que cet événement se passa, mais elle a oublié tout de cette ville, et jusqu'au nom de la rue où elle habitait ; de telle sorte que, pour enrichi qu'il soit de dates et de précisions, ce souvenir ne se localise pas, à proprement parler, dans le passé ; il n'entre pas dans la continuité de la trame mnésique comme chez les gens normaux ; il n'appelle pas à lui par le jeu bien connu des associations mnésiques les autres moments de la vie du malade ; il se dresse dans une solitude sans échos.

Ainsi, de petits îlots surnagent dans cet océan d'oubli ; ils n'ont plus d'attaches profondes et ils vont à la dérive avec tout ce qu'ils portaient lorsqu'ils se détachèrent ; et encore s'effritent-ils et perdront-ils chaque jour un peu de ce qui les constituait au début. Ainsi ballottés, il n'est point rare qu'ils se rencontrent et se réunissent : de là, cette incohérence spéciale des épileptiques, bien pourvue de dates et de faits précis, mais où se mélangent et s'agglomèrent des événements séparés en réalité par de longs espaces de temps. Jusqu'au jour

où, s'appuyant de moins en moins sur des bases fixes, s'activant d'autre part par une rumination continue et recevant parfois, à l'approche des attaques, un éclat et une intensité inaccoutumés, les souvenirs s'actualisent en quelque sorte et se mélangent, en un amas confus, aux faits de la veille et à ceux de l'heure même.

Il est fréquent, en effet, de noter chez les comitiaux le transport dans le présent des quelques agrégats émotionnels qui leur restent et la pénétration de ces souvenirs les uns par les autres, sans qu'aucun ordre préside à cet amalgame. A côté de l'incohérence que je signalais à l'instant, il en naît encore parfois une confusion ou une apparence de confusion, qui se rapproche par ses allures, mais sans identification, avec la confusion classique si fréquente chez ces malades.

Ces caractères de l'amnésie démentielle épileptique sont différents de ceux, bien connus, qui précisent l'amnésie brutale des grandes commotions comitiales ; il semble bien que quelques épileptiques puissent pendant très longtemps souffrir d'attaques, d'absences, d'impulsions amnésiques, sans pour cela devenir déments. Mais il semble aussi, lorsque l'amnésie se montre avec les particularités que j'ai cru voir, que la démence soit constituée, et définitivement. Il est probable, en effet, que ce n'est que par l'atténuation des états confusionnels et l'apaisement des réactions que la démence épileptique a pu paraître rémittente. Cela dissipé, la démence demeure et progresse.

On peut, à côté de l'amnésie, décrire un autre caractère spécifique à la démence épileptique, c'est la lenteur de toutes les opérations intellectuelles.

M. Chaslin, dans ses beaux *Éléments de sémiologie et de clinique mentales* — dont je n'ai eu malheureusement pas connaissance assez tôt — a décrit cette lenteur des épileptiques et en a fait une analyse concise mais complète. Pour M. Chaslin, ce « ralentissement psychique et moteur » caractérise une forme de la démence épileptique, « la forme ralentie ». C'est à mon sens, avec ce que Schüle avait déjà dit, la vue la plus exacte que nous ayons sur la démence épileptique. J'ai été très heureux de retrouver dans le livre de M. Chaslin une description qui, avec plus de précision, corrobo-

rait celle que j'avais esquissée dans mon mémoire. M. Chaslin identifie d'ailleurs cette forme ralentie à la stupidité chronique, tandis que j'avais cru devoir les séparer. Mais, en dehors de cette légère divergence, la page, très concise, où le distingué médecin de la Salpêtrière énumère les symptômes de cette forme de démence épileptique, contient l'essentiel de ce que j'avais exposé en une centaine de pages.

Ce ralentissement psychique est un caractère très frappant ; à l'inverse de l'amnésie, il n'est pas soupçonné par les malades, sauf peut-être tout à fait au début.

Schüle, dans la lenteur de l'élocution épileptique, voyait une sorte d'habileté dont jouait le comitial pour dissimuler les défaillances de sa mémoire : explication peu légitime, semble-t-il, puisque ce phénomène n'est pas volontaire, qu'il apparaît aussi net chez ceux qui ne se souviennent plus de leur amnésie que chez ceux qui en ont conscience sans d'ailleurs s'en préoccuper outre mesure (très sensible au moindre bobo, le comitial se soucie peu des plus graves conséquences de son mal).

Cette « lenteur psychique » est générale, portant sur toutes les opérations intellectuelles, et elle est habituelle, en dehors, bien entendu, des paroxysmes, qui ne font pas plus partie intégrante de la démence que les attaques ou les délires.

Perceptions, conceptions et réactions, actes, gestes et paroles, tout est d'une lenteur extrême chez les épileptiques. Il semble que les ressorts de l'intelligence et de la volonté ne puissent jouer sans avoir à surmonter d'énormes et continuels obstacles.

Il est probable que les impressions et les sensations sont également frappées de cette lenteur particulière, et il serait à désirer qu'on appliquât à leur étude les instruments de mesure de la psychologie moderne.

Quant aux perceptions, aux conceptions et aux réactions, il suffit de regarder un épileptique quelques instants ou de solliciter quelque réponse de sa bonne volonté pour se faire immédiatement une idée exacte du retard apporté à ces opérations. Il faut attendre, plus qu'il n'est ordinaire, pour que les questions leur parviennent, et souvent ils les répètent eux-mêmes avant

d'y faire une traînante réponse. Ils mettent beaucoup plus de temps que les autres aliénés à comprendre ce qui les entoure ; si un fait nouveau se produit dans le quartier où ils sont soignés, ils ne l'incorporent à leur conscience qu'après des tergiversations infinies.

Ils ont des gestes presque athétosiques, lents, imprécis, inachevés, prétentieux et gauches.

Ils oscillent au gré des impressions qui arrivent une à une à leur conscience et semblent n'y jamais pouvoir se rencontrer.

Aussi sont-ils contradictoires en sentiments, en actes, en paroles, et peut-être leurs impulsions (je parle des impulsions conscientes et mnésiques), leurs impulsions brusques, si fréquentes et redoutables, sont-elles, malgré les apparences, des phénomènes de nature identique. Ces impulsions sont de purs réflexes, des chocs en retour d'une impression que ne vient pas corriger et réprimer une autre impression, réelle ou évoquée, parce qu'elle est trop lente à franchir le seuil de la conscience.

On sait, d'autre part, que les épileptiques sont toujours en retard ; ce fait est bien connu des infirmiers d'asiles.

Cette sorte d'oppression qui pèse sur toutes les opérations intellectuelles, cette lenteur psychique est tellement caractéristique qu'elle permet, à elle seule, de soupçonner l'épilepsie chez tel individu qui n'en donnerait, par ailleurs, aucune assurance.

L'amnésie, avec les caractères énumérés ci-dessus et le ralentissement psychique, ce n'est sans doute pas tout ce que donne à étudier le dément épileptique, mais à mon sens, c'est là l'essentiel et c'est ce qui conditionne tous les troubles psychiques qu'on peut appeler « démentiels », par opposition à ceux qui dépendent des paroxysmes.

Remarquons enfin que, chez le comitial, l'intelligence est beaucoup moins frappée qu'il ne semble à première vue ; pendant longtemps — j'y insiste — ses déficiences mentales sont fonction des seuls troubles de mémoire et de ce ralentissement psychique dont j'ai parlé.

L'attention est entravée, mais n'a peut-être rien perdu de sa force de concentration. Il suffit de tenir une partie de cartes avec un de ces malades ou de lui

poser une question pour en être bien vite assuré. Patientez, attendez la réponse ; laissez-la arriver à la conscience ; il faut du temps au comitial : tout se fait avec lenteur chez lui ; mais il vous a compris s'il a une fois entendu votre demande, et quand bien même vous ne la répéteriez pas, son attention étreindra fortement son objet dès qu'il sera venu à sa portée. L'esprit du comitial décrit des cercles infinis autour de sa proie ; mais il ne la perd pas de vue, et à notre grand étonnement (quand nous n'en sommes pas avertis), alors qu'elle nous semble abandonnée, il s'en saisit.

Je n'ai pas besoin d'insister sur tout ce qui différencie, sur ce point, le comitial des autres déments, et du confus.

L'association des idées est normale dans son mécanisme essentiel. Lentement et péniblement sans doute, l'idée suggérée nouera cependant une chaîne sans rupture, à condition, bien entendu, qu'elle ne soit pas empruntée au passé amnésique du malade, où elle resterait isolée et impuissante.

Le raisonnement ne perd rien de sa rigueur pendant très longtemps. Il ne faut pas demander à l'épileptique des idées trop profondes ni trop variées ; tout lui est lent et pénible, et, au surplus, l'intelligence met en œuvre un stock d'acquisitions de plus en plus pauvre, mais le jeu de la faculté syllogistique est à peine altéré.

Interrogez ce dément sur la table de multiplication : il commettra de grosses erreurs : c'est sa mémoire qui est en défaut ; mais proposez-lui un petit problème, écrit, pour qu'il ait le loisir d'en laisser parvenir les termes à son esprit : ce dément qui, tout à l'heure, disait que $4 \text{ par } 8 = 48$, résoudra le problème à votre satisfaction. Il est rare qu'un épileptique, même profondément atteint, qui a perdu la table de multiplication, ne parvienne à donner le produit exact de deux chiffres, ou même de deux nombres, s'il s'avise (comme il le fait volontiers) de compter sur ses doigts ou en alignant sur le papier de petits bâtonnets représentant des dizaines et des unités.

Je ne craindrais pas d'ajouter que les sentiments affectifs, malgré tout ce qu'a de décevant l'humeur si variable des épileptiques, ne sont pas éteints chez

eux. On les a peut-être un peu calomniés lorsqu'on a parlé de leur « prodigieux égoïsme ». On en voit, et beaucoup, conserver jusqu'à la fin, et pousser même à l'extrême, l'amour de la famille, une certaine déférence envers les femmes, des habitudes religieuses, un vif sentiment de la dignité et de la solidarité humaines et un grand respect des conventions sociales les plus essentielles.

Cela ne les empêche pas, sans doute, de couvrir les haines les plus implacables; mais tout au moins sont-ils infiniment éloignés de l'indifférence des déments précoces et de l'égoïsme inerte et obscur des autres déments.

En somme, leur démence est très élective, très limitée; leur façade, pour ruineuse qu'elle apparaisse, cache des parties longtemps presque intactes, d'une certaine fragilité sans doute, puisque les comitiaux finissent dans la démence profonde si leur vie n'est pas abrégée par un des multiples accidents qui les guettent.

Il y a loin, on le voit, de cet exposé à celui des auteurs qui, ne reconnaissant aucun caractère spécifique à la démence chez les comitiaux, ont avancé qu'en l'ignorance des convulsions, le diagnostic en est impossible.

Il nous a paru, au contraire, avec Schüle et Chaslin notamment, que le processus de la démence épileptique est tout à fait spécial, que loin de s'assimiler à celui des autres espèces de démence, il s'en éloigne par des traits tellement accusés qu'aucun rapprochement n'est possible. Autant que toute autre démence, celle du comitial mérite donc droit de cité dans la science.

Je m'empresse d'ajouter que les caractères de la démence comitiale, tels que j'ai tâché d'en donner un clair raccourci, sont souvent difficiles à apercevoir; parce que les paroxysmes moteurs ou psychiques, l'obtusion postconvulsive, l'intoxication bromurée même, viennent y ajouter des éléments étrangers, en ternir et en défigurer l'image; pour la retrouver dans toute sa netteté, il convient — cela va sans dire — d'examiner les sujets aussi loin que possible des paroxysmes, ou — ce qui est évidemment plus délicat — de faire abstraction des symptômes et des suites de ces grands éclats.

Je désire ajouter quelques mots sur un point, très obscur encore, de l'histoire des épileptiques : les *délires démentiels*. Je crois qu'il est difficile de ne pas accorder cette épithète aux épisodes délirants des épileptiques qui sont exclusivement en rapport avec l'amnésie si spéciale, et le ralentissement, si spécial aussi, de leurs opérations psychiques : si ce sont là traits distinctifs de la démence comitiale, les délires qui découlent directement de ces deux phénomènes méritent évidemment le nom de démentiels.

Ces épisodes délirants, je les avais soupçonnés, en écrivant mon mémoire ; mais je n'avais pas eu le temps de les étudier, ni même de les observer. Je pensais qu'ils existaient, parce qu'ils me paraissaient être une réaction logique, et même fatale, aux troubles démentiels de l'épileptique. Ils existent, en effet ; en dehors des délires bien connus des comitiaux, postconvulsifs, confusionnels, en dehors des pseudo-confusions dues à l'isolement et au mélange irrationnel des souvenirs que je mentionnais tout à l'heure, il y a des délires qui naissent naturellement et exclusivement des éléments psychologiques de la démence comitiale.

Voici ce qui se passe : un épileptique se trouve un jour en présence d'un de ces agrégats, d'un de ces blocs de souvenirs dont j'ai parlé, bloc plus ou moins effrité déjà, séparé de tout le reste, complètement isolé dans la mémoire du malade, impossible à incorporer à l'édifice mnésique. Le sujet sent bien que cela le concerne, fait partie intégrante de son moi (il le sent probablement par l'excitation émotionnelle qui l'accompagne) ; il sait qu'il a vécu ce dont il se souvient, mais où et quand, il l'ignore ; n'ayant pas de repère il ne peut évidemment que l'ignorer. De là, un étonnement profond. Mais l'épileptique n'est dépourvu ni d'attention, ni de force dialectique, ni de logique ; ces sensations lointaines, qu'il reconnaît siennes, mais qu'il ne sait à quoi rattacher, il les travaille longuement ; il en vient à croire — logiquement — qu'il les a vécues dans une autre vie ou dans un autre monde ; et il élabore un délire qu'on pourrait appeler de *métempsychose*.

J'en ai observé, avec M. le Dr Truelle, un très bel exemple à la maison de santé de Ville-Evrard. L'épi-

leptique qui a édifié ce délire affirmait avoir vécu dans la planète Mars, et il en donnait pour preuves ces souvenirs précis mais impossibles à incorporer à sa vie terrestre, et les émotions de sa jeunesse et de son adolescence, profondément imprimées dans sa sensibilité, mais dont les occasions et les concomitances réelles avaient disparu.

Or, comme — à cause de son ralentissement psychique — il s'épuisait, sans grand succès, à raconter ce délire, il l'a écrit : il y a mis, d'ailleurs, plusieurs jours, comme il fallait s'y attendre.

Ce délire a disparu complètement, et le malade ne s'en souvient même plus : il est possible que cet effacement soit dû à une attaque convulsive subie par notre sujet peu de jours plus tard. Quelque temps après, il a présenté un délire de *fausse reconnaissance* portant sur les objets et les êtres qui l'entouraient, et enfin un délire de *dépersonnalisation*. Les éléments psychologiques étaient les mêmes que ceux du délire de métempsychose, l'origine et le mécanisme identiques.

Ce sont là des délires qu'on peut — semble-t-il — appeler démentiels ; on voit qu'ils sont, à proprement parler, des tentatives d'explication, où s'efforcent les épileptiques, de leurs troubles mnésiques.

Ces délires sont indépendants des vertiges ou des attaques ; ils sont mobiles, variables, sujets à se transformer, déductifs, explicatifs si l'on veut ; ils s'élaborent avec lenteur et peine dans une forte tension de l'esprit.

J'ai noté encore un délire mystique, ou plutôt métaphysique, pauvre en réalité, sans déterminante hallucinatoire, et toujours facilement rattachable à la psychologie démentielle de l'épileptique.

Il me paraît certain que d'autres formes, analogues, de ces délires peuvent être observées chez ces malades, et je ne doute pas qu'elles aient toutes les mêmes caractéristiques.

Je n'insiste pas : la question est à peine ébauchée ; j'ai tenu à signaler ces faits simplement parce qu'ils sont dans la logique des choses et qu'ils apportent une consécration, attendue d'ailleurs, à la légitimité des symptômes psychologiques que j'ai cru pouvoir donner à la démence comitiale.

DISCUSSION.

M. TRÉNEL. — La communication de M. Ducosté est intéressante et appelle la discussion. Cette discussion ne serait-elle pas utilement renvoyée à la prochaine séance, lorsque nous aurons lu le texte de l'auteur?

M. LE PRÉSIDENT. — La discussion de la communication de M. Ducosté sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE

DU 29 NOVEMBRE 1913

Présidence de M. SEMELAIGNE, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Dario Valtorta, de Côme, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

M. TRÉNEL propose à la Société d'adresser des félicitations à M. le Dr Régis, membre correspondant, à propos de sa nomination récente de professeur titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux, et de s'associer à la fête qui lui sera donnée, à cette occasion, par ses élèves et ses amis dans le courant du mois prochain.

La proposition de M. Trénel est adoptée à l'unanimité.

Projet de création d'une chaire de Psychothérapeutique Chirurgicale à l'Asile Clinique (Sainte-Anne).

M. COLIN. — Messieurs, à la dernière séance, M. le Président vous a donné lecture de la lettre que lui avait adressée M. le Directeur des affaires départementales pour demander l'avis de la Société médico-psychologique sur l'opportunité de la création d'une chaire de Psychothérapeutique Chirurgicale à l'Asile Clinique.

A la suite du débat qui s'est engagé sur cette question, vous avez nommé, pour l'examiner, une Commission composée de MM. Vallon, Séglas, Klippel, Vigouroux, Dupré, Henri Colin.

Votre Commission s'est préoccupée tout d'abord de l'intérêt qu'il y aurait à développer d'une façon plus complète l'enseignement des maladies mentales. La médecine légale, la thérapeutique des aliénés, bien d'autres sujets encore, pourraient fournir la matière d'un enseignement méthodique.

C'est pourquoi votre Commission a été d'avis d'accepter la création de la chaire nouvelle qui marque une étape dans la voie que nous venons d'indiquer.

La Commission a décidé de rejeter le titre de Psychothérapeutique Chirurgicale qui devait être attribué à la nouvelle chaire. Elle a été avertie à titre officieux, au cours de ses débats, que ce titre devait être transformé en celui de Chirurgie des Aliénés. Cependant, comme elle était saisie d'un texte officiel et précis, elle a jugé que, dans sa réponse, elle devait s'en tenir à ce texte seul. Elle a donc rejeté la dénomination de Psychothérapeutique Chirurgicale qui lui paraissait un non-sens et qui, de plus, semblerait consacrer des doctrines sur lesquelles l'accord n'est pas encore établi.

Votre Commission a pensé qu'il fallait joindre aux affections relevant de la chirurgie qu'on rencontre chez les aliénés, les affections du même genre qui dépendent du système nerveux en général. De cette façon, on aura vraiment un enseignement complet dont l'utilité est incontestable.

Votre Commission vous propose donc de voter les résolutions suivantes qu'elle a adoptées à l'unanimité :

La Société médico-psychologique, persuadée qu'il est de l'intérêt général d'aider à la diffusion des connaissances relatives à la médecine mentale, acceptera avec empressement toutes les créations que le Conseil général voudra bien réaliser et qui seront susceptibles de favoriser cette diffusion.

La chaire qu'il est actuellement question de créer est une chaire de chirurgie dont le titulaire sera un chirurgien. C'est pourquoi la Société médico-psychologique estime qu'il y a lieu d'écarter le titre de chaire de Psychothérapie Chirurgicale qui ne répond pas à la réalité, qui prêterait à confusion et pourrait justifier des interventions inopportunes.

Pour bien marquer la destination de la nouvelle chaire, la Société médico-psychologique est d'avis de la désigner de la façon suivante :

« Chaire de clinique chirurgicale des maladies mentales et nerveuses. »

DISCUSSION.

M. KLIPPEL. — La Commission avait adopté à l'unanimité les conclusions que vient de lire son rapporteur, M. Colin, lorsque j'ai reçu de M. Vallon, empêché d'assister à la séance de ce soir, une lettre d'où il résulte que M. Vallon est actuellement d'un avis quelque peu différent. Après avoir consulté M. Ballet, M. Vallon estime, en effet, qu'en proposant la création d'une chaire de chirurgie des malades aliénés et nerveux, la Société médico-psychologique semble désigner moins nettement celui de nos collègues que vise le vœu du Conseil général, il y aurait donc lieu de revenir purement et simplement à l'expression Clinique de chirurgie des aliénés.

M. COLIN. — La Société est consultée sur l'opportunité de la création d'une chaire. Votre Commission, en vous proposant d'accepter avec reconnaissance l'offre du Conseil général, avait pensé indiquer en quelques mots comment il lui semblait qu'on dût concevoir l'enseignement projeté; elle faisait dans ses conclusions, adoptées à l'unanimité, abstraction de toute personnalité.

M. KÉRAVAL. — Il est certain cependant que le vote du Conseil général concerne un de nos collègues en particulier.

M. COLIN. — La consultation de la Commission de surveillance à la Société médico-psychologique ne porte que sur la question de principe.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Si cependant le chirurgien des asiles de la Seine doit être favorisé du fait que la réponse de la Société ne désignera pas les maladies nerveuses, faisons preuve d'opportuniste dans l'intérêt de nos aliénés et acceptons l'amendement de M. Vallon.

M. DUPRÉ. — Encore faut-il proposer aux chirurgiens de la Faculté qui seront appelés à l'examiner, un projet qui puisse rallier leurs suffrages. Il me semble qu'à cet égard les conclusions de la Commission sont les plus défendables, en offrant au nouveau professeur, le champ d'action et d'enseignement le plus étendu.

M. LE PRÉSIDENT. — La discussion générale me paraît close. Nous allons passer au vote des conclusions de la Commission. Je vais mettre aux voix la première de ces conclusions, elle est ainsi conçue :

« La Société médico-psychologique, persuadée qu'il est de l'intérêt général d'aider à la diffusion des connaissances relatives à la médecine mentale, acceptera avec empressement toutes les créations que le Conseil général voudra bien réaliser et qui seront susceptibles de favoriser cette diffusion. » (*Adopté.*)

Je passe à la deuxième conclusion; elle est ainsi libellée :

« La chaire qu'il est actuellement question de créer est une chaire de chirurgie dont le titulaire sera un chirurgien. C'est pourquoi la Société médico-psychologique estime qu'il y a lieu d'écarter le titre de chaire de Psychothérapeutique Chirurgicale qui ne répond pas à la réalité, qui prêterait à confusion et pourrait justifier des interventions inopportunes. » (*Adopté.*)

Voici maintenant la troisième conclusion :

« Pour bien marquer la destination de la nouvelle chaire, la Société médico-psychologique est d'avis de la désigner de la façon suivante :

« Chaire de clinique chirurgicale des maladies mentales et nerveuses. »

M. LAIGNEL-LAVASTINE objecte que cette rédaction peut prêter à la discussion ; elle lui paraît avoir quelque ambiguïté, car elle suppose qu'on traite chirurgicalement des maladies mentales. Il propose donc de modifier le titre de la nouvelle chaire proposée et de l'intituler : Chaire de clinique des malades atteints d'affections mentales et nerveuses.

La modification proposée par M. Laignel-Lavastine est mise aux voix et adoptée.

L'ensemble des conclusions est alors mis aux voix et adopté à la majorité des votants.

La séance est levée à 5 h. 55.

Les secrétaires des séances,
J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 17 novembre 1913.

I. — *Contribution à l'étude du traitement des encéphalopathies par le néo-salvarsan. Présentation de malades.* — MM. Leredde et Juquelier ont pratiqué, depuis un an, sur trente malades de l'asile de Moisselles, de nombreuses injections en série de néo-salvarsan à des doses variant de 0 gr. 15 à 1 gr. 50. Les auteurs insistent d'abord sur l'innocuité du traitement qui, lorsqu'il est prudent au début, peut être prolongé et peut devenir intensif sans provoquer d'accidents. Dans un seul cas (paralyse générale avancée), ils ont observé un érythème scarlatiniforme généralisé et suivi de desquamation qui se reproduisit trois fois chez la même malade à l'occasion de trois injections successives, mais qui guérit chaque fois sans laisser de traces.

Les malades traités appartiennent aux catégories suivantes : paralyse générale, artérite cérébrale, chorée post-hémiplégique, etc... Un certain nombre ont été améliorés, et, parmi eux, les auteurs en présentent deux : une paralytique générale et une syphilitique atteinte de chorée et de troubles de l'équilibre, qui leur paraissent avoir particulièrement bénéficié du traitement par le sel d'Ehrlich.

M. Truelle, qui a longuement observé et soigné la deuxième des malades présentées, et qui a indiqué aux auteurs qu'elle pourrait être traitée avec avantage, constate chez elle une amélioration notable. Dans son service actuel, un paralytique général avancé semble s'être immobilisé comme évolution, sous l'influence du 606, et la lymphocytose de ce malade a bien diminué.

M. A. Marie a traité par l'arséno-benzol de nombreux

malades de son service de Villejuif, et en particulier des paralytiques. Il est convaincu de l'effet thérapeutique du sel d'Ehrlich: sous l'influence du traitement, il a constaté, en même temps que d'heureuses transformations cliniques, des modifications morales indiquant une atténuation du processus infectieux spécifique.

M. Vigouroux a également utilisé le salvarsan dans son service de Vaucluse. S'il n'a pas obtenu de résultats chez les paralytiques déjà avancés auxquels il s'est adressé, il a été plus heureux dans d'autres cas, et en particulier chez un syphilitique atteint de confusion mentale. Il n'a en tout cas jamais observé d'accidents.

M. Leredde complète la communication faite en commun avec *M. Juquelier* en attirant l'attention de la Société sur les points suivants :

C'est au début que les accidents de l'application du salvarsan sont à craindre; aussi, convient-il d'administrer d'abord des doses faibles; mais un malade qui a franchi sans incident la troisième injection peut ensuite recevoir des doses massives (jusqu'à 1 centigramme de salvarsan ou 1 centigr. 1/2 de néosalvarsan par kilogramme de poids).

Les paralytiques généraux ont des réactions sérologiques aussi intenses que les syphilitiques secondaires; il est très difficile d'obtenir que leur réaction de Wassermann devienne complètement négative; aussi, convient-il de continuer à les traiter, même lorsqu'ils sont cliniquement en excellent état.

Lorsqu'au lieu de s'adresser à des paralytiques intermédiaires et déjà avancés, on traite en ville des paralytiques au début, il est normal de les voir s'améliorer et de les voir reprendre leurs occupations, ce qui ne veut pas dire qu'ils sont guéris.

M. Laignel-Lavastine croit aussi qu'il est indispensable de distinguer les conditions de l'intervention en ville de celles dans lesquelles on intervient à l'asile après l'internement des malades. À l'asile, les malades traités ne s'améliorent qu'exceptionnellement, parce que leurs lésions sont trop anciennes. Du temps où on les traitait par le mercure, ils supportaient très mal le traitement; du moins semble-t-il que le salvarsan bien manié n'est pas nocif, et qu'il a même assez fréquemment une bonne influence sur l'état général.

M. Leredde pense que les accidents étaient plus fréquents avec le mercure qu'avec le salvarsan, parce qu'avec le mercure la dose toxique est très voisine de la dose thérapeutique; la

marge est moins étroite en ce qui concerne le sel d'Ehrlich. D'autre part, bien des accidents consécutifs à l'application du traitement mercuriel étaient des faits de réactivation, des exemples de réactions d'Herxheimer sur lesquels on a beaucoup insisté à propos du salvarsan et qu'on connaissait mal auparavant.

M. Laignel-Lavastine retient plus volontiers que l'autre la première des deux explications proposées par *M. Leredde*.

M. A. Marie ajoute qu'il est fâcheux que le traitement par le 606, chez les paralytiques généraux au début, soit parfois la cause d'une bouffée d'excitation ou de délire, ce qui n'aggrave pas l'état du malade, mais ce qui peut précipiter l'internement et entrave fatalement l'action thérapeutique. Il n'en estime pas moins, avec *M. Leredde*, que le dogme de l'incurabilité de la paralysie générale doit être combattu.

II. — *Maladie de Basedow. Dépression mélancolique avec émaciation guérie au bout de quatre ans. Présentation de malade.* — *MM. Trenel et Capgras* présentent une malade de quarante et un ans atteinte de maladie de Basedow et de psychose maniaque dépressive. Le dernier accès a duré quatre ans et s'est caractérisé par une asthémie profonde avec excitation ; le poids est descendu à 24 kilogrammes. Actuellement, il existe un léger état hypomaniaque et, en dix-huit mois, le poids de la malade s'est élevé à 59 kilogrammes.

III. — *Alcoolisme chronique et démence précoce. Présentation de malade.* — *MM. Vigouroux et Pruvost* montrent un malade, ancien paludéen, intoxiqué chronique par l'alcool, qui, après avoir présenté un délire alcoolique des plus nets en 1904, est tombé progressivement dans un état clinique tout à fait semblable à celui de la démence précoce. Les auteurs discutent à ce propos les limites de la démence précoce et les rapports qui peuvent unir cette psychose avec l'alcoolisme chronique.

IV. — *Démorphinisation par la « suppression brusque ».* *Présentation de malades.* — *M. Briand* présente trois morphinomanes, deux hommes et une femme, intéressants à divers points de vue individuels. Ils ont pour caractère commun d'avoir été désintoxiqués par la « suppression brusque » et de se montrer très satisfaits de la méthode.

Le premier, ancien priseur de cocaïne, avait été démorphinisé, il y a quelques années, par la méthode lente ; l'autre est un inverti qui prenait aussi de la cocaïne pour se procurer des hallucinations ; il suivait un traitement de désintoxication pro-

gressive et dirigé par un médecin très averti, lorsque, à la suite d'un délire hallucinatoire, il fut conduit à l'asile Sainte-Anne ; il prenait encore quotidiennement 1 gramme de morphine et 0 gr. 50 de cocaïne. Tous les deux déclarent très nettement préférer de beaucoup la suppression brusque, parce que si elle est momentanément pénible, elle ne l'est pas davantage que l'angoisse provoquée par l'attente de piqûres quotidiennes.

La troisième malade est une Montmartroise arrêtée pour un vol effectué dans des conditions très particulières. Cette malheureuse, qui nous a avoué avoir déjà commis, alors qu'elle était à « l'état de besoin », de menus vols destinés à lui procurer le gramme de morphine quotidien, éprouvait, dans ces derniers temps, la plus grande difficulté à s'en fournir chez les pharmaciens. Sur le conseil d'un pourvoyeur, elle commit un vol important dans la pensée de s'approvisionner en gros. Si j'avais pu, seulement, disait-elle, avoir devant moi 200 ou 300 grammes de morphine, je serais tranquille pour longtemps. Elle aussi, bien qu'elle en soit à sa première cure de désintoxication, déclare avoir moins souffert de la suppression totale que de la diminution qu'elle était dans la nécessité de s'imposer les jours de disette.

Il va sans dire que la « suppression brusque » n'est guère applicable que dans les maisons fermées.

V. — *Exhibitionnisme et saturnisme. Présentation de malade.* — Frappés par la fréquence des cas d'intoxication par le plomb chez les malades se livrant à des impulsions sexuelles, MM. Briand et Salomon signalent ce fait et montrent un exhibitionniste qui a présenté à plusieurs reprises des accidents saturnins.

Dans les cas semblables, et ils sont nombreux, existe-t-il une simple coïncidence ou bien y a-t-il relation de cause à effet entre le saturnisme et les impulsions érotiques ?

VI. — *Syndrome acromégalique avec troubles psychiques ; influence du traitement opothérapique. Présentation de malade.* — M. Salomon montre un malade interné trois fois pour des crises de dépression mélancolique. Il présente les signes nets d'acromégalie, mais la radiographie ni l'examen du fond de l'œil n'ont décelé de tumeurs de l'hypophyse.

Soumis au traitement opothérapique, tous les symptômes se sont aggravés pendant que le malade prenait de l'extrait hypophysaire et, au contraire, l'absorption d'extrait thyroïdien a coïncidé avec la disparition de la céphalée, des vertiges, des

vomissements et l'amélioration de l'état mental. Un nouveau traitement hypophysaire ayant été institué à titre de contre-expérience, tous les signes ont réapparu pour céder de nouveau au traitement thyroïdien.

VII. — *Suicide au début de la paralysie générale. Présentation de pièces.* — M. *Beaussart* apporte des préparations histologiques d'un cas de méningo-encéphalite diffuse. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait qu'il y avait un minimum de signes cliniques permettant de soupçonner seulement la paralysie générale. Le malade, ancien syphilitique, préoccupé par cette dernière affection, s'est suicidé, non sans avoir essayé d'entraîner dans la mort sa femme et son enfant, qu'il était convaincu d'avoir contaminés. Ce suicide est bien différent du suicide classique de la paralysie générale relevant de l'affaiblissement intellectuel et de la nature des idées délirantes; il a été accompli, en pleine connaissance de cause, au cours des préoccupations qui entraînaient la crainte des complications de la syphilis.

VIII. — *Injection de sang de paralytique général. Présentation de pièces.* — M. *A. Marie, de Villejuif*, présente à la Société, en son nom et en celui de *MM. Levaditi et Danylewski*; les pièces anatomiques (cerveau et préparations) d'un paralytique général, type dont le sang injecté à un lapin produisit en 190 jours une orchite spécifique à tréponèmes nettes, ainsi que M. *Levaditi* vient de le démontrer par une note déposée par M. *Roux* à l'Académie des Sciences.

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1910

Revue neurologique.

I. — *Phénomènes hystérisformes au début de la démence précoce*; par le D^r *Halberstadt* (n^o 15). — Avant de rapporter deux observations personnelles qui ont trait à ce sujet, l'auteur, dans une bibliographie documentée, cite les opinions des psychiatres qui admettent la possibilité de phénomènes hystérisformes au début de la démence précoce.

Le début des troubles mentaux chez les deux malades de

M. Halberstadt est remarquablement précoce : treize ans et demi et douze ans. La première de ces malades avait pendant la période initiale des crises convulsives simulant absolument l'hystérie ; quant à la seconde, elle fut atteinte, pendant six années consécutives, d'une paraplégie fonctionnelle prise par tous les médecins pour une paraplégie hystérique.

L'auteur fait remarquer qu'on pourrait lui objecter qu'il s'agit de folie hystérique et non de démence précoce ; or, l'hystérie n'aboutit pour ainsi dire jamais à un affaiblissement notable des facultés intellectuelles, et les détails cliniques des deux cas permettent de conclure que les troubles psychopathiques sont bien ceux de l'hébéphrénie.

Revue de psychiatrie.

I. — *Paralysie générale précoce ayant débuté deux ans après l'accident primitif syphilitique* ; par les D^{rs} Marchand et Petit. (numéro de janvier). — La paralysie générale, quand elle survient chez des syphilitiques, apparaît en moyenne dix à quinze ans après l'accident primitif. Dans le cas présent, le début de la méningo-encéphalite n'a suivi que de deux ans l'atteinte syphilitique. Voici le résumé de l'observation : jeune fille qui contracte la syphilis à dix-neuf ans ; à vingt et un ans, premiers troubles mentaux et attaques apoplectiformes suivies d'hémiplégie transitoire. A vingt-deux ans, décès au milieu du cortège des symptômes psychiques et physiques de la paralysie générale, moins toutefois les troubles pupillaires.

L'examen histologique de l'encéphale a confirmé le diagnostic.

Les cas de paralysie générale survenant aussi rapidement après l'accident primitif syphilitique sont exceptionnels, et Serrigny, Planchu, Raymond, Ehlers, ont publié des cas dans lesquels les premiers symptômes sont apparus respectivement quatre ans, deux ans, cinq ans et trois ans après l'infection syphilitique.

II. — *Psychose périodique à forme délirante* ; par le D^r Condomine. (numéro de mars). — Une malade, héréditairement tarée, présente depuis l'âge de quinze ans, plusieurs fois par année, des accès délirants de durée relativement courte. Ces accès évoluent sur un fond variable de dépression ou d'excitation et s'accompagnent toujours d'idées délirantes (de mélancolie et de persécution) et le plus souvent d'hallucinations de

l'ouïe. Dans l'intervalle des accès, la malade se rétablit complètement et se rend compte du caractère pathologique de ses conceptions délirantes et de ses troubles sensoriels.

Malgré la répétition de ces accès pendant vingt-cinq ans, elle ne présente aucun affaiblissement intellectuel.

Ce qui fait le caractère particulier de cette forme de psychose, c'est que la malade, examinée dans un de ses accès isolément, éveille l'idée soit d'un délire mélancolique avec hallucinations et idées de suicide, soit d'une bouffée délirante avec idées de persécution et impulsions violentes, alors que dans l'ensemble elle fait penser immédiatement à la folie intermittente, et l'on peut se demander s'il faut rattacher une pareille malade, d'après la classification française, à la folie périodique ou au délire des dégénérés. Or, en pesant bien la valeur des symptômes, il semble que la première hypothèse soit la bonne; l'idée délirante et l'hallucination ne sont que des caractères secondaires et, ce qui domine avant tout dans l'histoire de la malade, c'est bien plutôt la périodicité presque régulière de ses accès et la modification de l'humeur sur laquelle ils se développent. Il s'agit d'une psychose périodique à forme délirante.

III. — *Les accès épileptiques atypiques*, par le D^r Marchand (numéro d'avril). — Dans cette revue critique, l'auteur s'est proposé de décrire les accès dont les particularités portent soit sur leur longue durée, soit sur la prédominance, la simple ébauche ou l'absence complète d'un ou plusieurs symptômes primordiaux, soit sur l'interversion des diverses phases convulsives.

1^o) Accès atypiques par leur durée. — La durée de la période convulsive peut, dans des cas toutefois assez rares, dépasser un quart d'heure. Généralement, dans ces cas, la longue durée de la période convulsive est due à la période clonique qui est prolongée, quelquefois à un état de contracture généralisée consécutif à la période clonique. Dans d'autres cas, les convulsions toniques s'enchevêtrent avec les convulsions cloniques et leur succèdent de nouveau;

2^o) Accès atypiques par l'absence d'une des phases convulsives. — Quand la phase tonique manque, le sujet présente, en même temps que la perte de connaissance, des secousses musculaires plus ou moins étendues. Quand la phase tonique existe seule, les mouvements convulsifs sont peu étendus et les malades passent d'un état de contracture généralisée à la résolution musculaire sans présenter de secousses cloniques. Ces formes

d'accès sont généralement suivies d'une phase stertoreuse très longue. Dans des cas très rares, le sujet est atteint de raideur tétanique ;

3°) Accès atypiques par l'interversion des phases convulsives. — Les convulsions sont, dans ce cas, d'abord cloniques, puis toniques ;

4°) Accès atypiques par l'absence des phases convulsives. — Le sujet est pris brusquement de perte de connaissance, tombe comme une masse inerte ; la phase de stertor semble constituer à elle seule tout l'accès. Généralement, ces accès, souvent symptomatiques de la paralysie générale, alternent avec des accès convulsifs ou d'autres troubles épileptiques ;

5°) Epilepsie mnésique. — Dans des accès, rares il est vrai, on peut observer les deux faits suivants : le sujet a conscience de ce qui se passe autour de lui pendant la crise, mais il perd le souvenir après elle ; le sujet a conscience de ce qui se passe autour de lui pendant la crise et en conserve le souvenir. Une forme atypique d'accès épileptique peut encore être caractérisée par la conservation de la conscience avec impossibilité absolue de faire un mouvement.

Les accès avec conservation de la connaissance peuvent être pris pour des accès hystériques et le diagnostic est délicat quand le malade, conservant au cours de la crise une demi-conscience, accuse une sensation de boule épigastrique, des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

IV. — *Etats mélancoliques avec idées de persécution. Origine tuberculeuse*, par le D^r Damaye (numéro de juillet). — L'auteur a décrit deux psychoses par intoxication tuberculeuse, à évolution subaiguë. Les deux malades dont il est question sont des mélancoliques persécutées ; mais chez l'une, la seconde, un léger état confus se joignait aux idées délirantes.

Pour l'auteur, la forme vésanique n'est pas fonction du substratum anatomo-pathologique : chaque sujet réagit à l'imprégnation toxique selon sa prédisposition individuelle. Le processus de méningo-encéphalite se constate également aux autopsies de confus sans idées délirantes ou pour des délires autres que ceux des deux observations rapportées.

Si l'intoxication causale vient à cesser par amélioration de l'organe infecté, on a alors la rémission. Cette rémission est en raison inverse de l'intensité des altérations histologiques et de la virulence des toxiques, en raison directe de la vitalité des éléments cérébraux.

Les rémissions peuvent donc se produire dans toute affection mentale d'origine toxique, tant que cette affection n'a point atteint la période démentielle, c'est-à-dire tant qu'il n'y a pas de destruction irrémédiable des éléments.

V. — *De l'aliénation mentale dans la trypanosomiase humaine*, par le D^r Thiroux (numéro de septembre). — L'aliénation mentale est fréquente dans la trypanosomiase; sur 60 sujets atteints de maladie du sommeil, l'auteur a relevé 6 cas de troubles mentaux. La forme la plus fréquente est la confusion mentale; on peut encore observer des formes délirantes à teinte mégalomaniacque ou de persécution, plus ou moins systématisées; des raptus ambulatoires... L'auteur n'insiste pas assez sur l'évolution, la durée et le contenu de ces phénomènes psychopathiques pour qu'on puisse se faire une idée exacte des entités nosologiques qu'il esquisse.

La recherche du *trypanosoma gambiense* permet une thérapeutique arsénicale qui fréquemment s'accompagne de rémissions.

VI. — *Deux cas d'hypothermie chez des épileptiques*; par les D^{rs} Olivier et Boidard (numéro de septembre). — Les auteurs rapportent deux nouvelles observations personnelles qui s'ajoutent aux cas déjà publiés d'hypothermie chez des paralytiques généraux, des déments organiques, des idiots...

Dans la première de ces deux observations, il s'agit d'un idiot avec épilepsie, âgé de quinze ans, qui présente une moyenne de sept à huit crises par mois. La température rectale subnormale s'établit brusquement et, malgré diverses oscillations, tombe le septième jour à 26 degrés, quelques heures avant la mort. Liquide céphalo-rachidien normal. Urines indemnes de sucre et d'albumine. Congestion des bases pulmonaires à l'autopsie, et lésions méningées (méninges molles opalescentes, adhérentes au cortex...).

La seconde observation a trait à un dément épileptique de trente-sept ans, présentant en moyenne une ou deux crises par mois et, de loin en loin, des crises en série. L'hypothermie rectale, constatée un matin, descend en deux jours à 25°8, une heure avant la mort. Albumine dans les urines. Congestion des bases pulmonaires à l'autopsie; gros reins, kystes gélatineux de la glande thyroïde.

Revue de Médecine.

VI. — *Syphilis héréditaire et réaction de Wassermann*; par les D^{rs} Bertin et Gayet (numéros de mai et de septembre). — Les auteurs ont recherché la réaction de Wassermann sur un grand nombre de sujets, enfants ou adultes, soit sains, soit atteints d'affections les plus diverses, soit internés pour idiotie ou aliénation. Les résultats obtenus sont intéressants en ce qu'ils permettent de vérifier la valeur des troubles dystrophiques variés.

Au point de vue du diagnostic d'hérédo-syphilis, 328 malades ont été examinés :

25 présentaient des signes nets d'hérédo-syphilis; 24 ont donné une réaction positive; 48, qui ne présentaient que quelques signes permettant de soupçonner l'hérédo-syphilis, ont donné une réaction positive; 255 ont donné une réaction négative. Aucun de ces derniers n'avait ni de dents d'Hutchinson, ni de kératite interstitielle, ni de tibia en lame de sabre, ni de front olympien, ni de crâne matiforme, ni de nez en selle ou en lorgnette. Il n'a pas été rare toutefois de trouver des dystrophies dentaires telles que microdontisme, dents déviées du type...; toutefois ces altérations étaient beaucoup plus fréquentes dans les cas à réaction positive.

Dans ces derniers, on a noté 70 fois p. 100 l'asymétrie faciale, 58 fois p. 100 des anomalies des organes génitaux, 45 fois p. 100 des malformations des oreilles, 41 fois p. 100 le strabisme, 12 fois p. 100 la surdi-mutité. Chez les enfants atteints d'idiotie, la réaction a été positive dans le tiers des cas, bien qu'un grand nombre ne présentassent pas de signes nets d'hérédo-syphilis, mais seulement quelques stigmates de dégénérescence sans valeur spécifique.

Archives de Neurologie.

I. — *Les heures des crises d'épilepsie*; par le D^r Rodiet (numéro de mars). — D'après Féré, les accès sont plus fréquents pendant la nuit que pendant le jour. Sur un total de 1985 accès, cet auteur note que près des deux tiers se sont produits de 8 heures du soir à 8 heures du matin. Rodiet a remarqué que sur dix malades une seulement présentait des accès plus souvent pendant la nuit que pendant le jour; les autres avaient des crises diurnes plus fréquentes que les

attaques nocturnes ; la même remarque a été faite par Ruggiero Lambranzi, qui a noté, en outre, que les accès nocturnes se produisaient avec une fréquence particulière dans une période comprenant les deux premières heures de la nuit, puis dans une seconde période comprenant la sixième et la septième heure du matin.

Pour Rodiet, les accès sont surtout fréquents vers 3, 4 ou 5 heures du matin, et l'auteur se demande s'il n'existe pas un rapport entre la fréquence relative des accès à ces heures et celles des hallucinations hypnagogiques et des rêves qui paraissent aussi se présenter à ces mêmes heures. Chez les dyspeptiques à digestion ralentie, les cauchemars apparaissant surtout dans les dernières heures de la nuit, on peut se demander si, par analogie, suivant la théorie de Bouchard, la recrudescence matinale des accès n'est pas la traduction de l'accumulation nocturne, dans le sang, de matières convulsivantes.

II. — *Notes sur l'éthérisme* ; par le D^r G. G. de Clérambault (numéros d'avril, mai et juin). — Dans une série d'articles, l'auteur donne une véritable revue générale complète des phénomènes cérébraux liés à ce genre d'intoxication et illustre ses descriptions de nombreuses observations intéressantes.

A l'occasion de 14 de ces observations, on relève la dégénérescence mentale constatable dans tous les cas et démontrée, en dehors de l'appétence pour l'éther, par du délire polymorphe ou maniaque, du délire de persécution, de l'amoralité, de l'hystérie...

Deux hommes avaient été antérieurement alcooliques ; deux femmes buvaient simultanément de l'alcool et de l'éther ; une femme avait usé de tous les toxiques.

La passion pour l'éther s'est déclarée quatre fois dans une période de dépression. Dans quatre cas, les troubles délirants ont été imputables à l'éther seul ; enfin l'éther a provoqué plusieurs fois l'explosion de phénomènes dégénératifs, tels que obsessions, kleptomanie ; d'autres fois, il a provoqué l'explosion d'un délire de dégénérescence ou de crises aiguës d'automatisme mental.

L'éther a été surtout, au début de l'habitude, inhalé, mais l'inhalation ne s'est jamais rencontrée sans l'ingestion. Pour masquer l'odeur de l'haleine, les malades ont parfois recours à des subterfuges (tabac, bonbons, alcool). Ils semblent aimer mieux passer pour des alcooliques que se montrer affligés d'une passion qui n'a pas d'exemple autour d'eux.

Dans l'*ivresse éthérique*, l'augmentation de l'appétit est caractéristique; l'excitation génitale a été plusieurs fois signalée; l'extase ressentie comprend deux éléments, l'un sensitif, l'autre intellectuel, le second prenant, suivant les terrains, une importance plus ou moins grande et se trouvant subordonné au premier. L'extase résulte d'une imprégnation superficielle; l'ivresse peut devenir excito-motrice et agressive; toutefois, dès la période d'euphorie, la plupart des malades observent en eux une fiébrilité foncière, germe d'une agitation possible et qui semble bien distincte de la simple irascibilité commune à toutes les ivresses.

Dans l'*éthérisme chronique*, on remarque des troubles qui peuvent se diviser en :

1° Troubles généraux intrinsèques :

Insomnie due à un état d'énervement fondamental;

Sensations vertigineuses semblables à celles de l'alcoolisme;

Troubles du caractère ayant pour substratum un état de fiébrilité, d'agacement (irritabilité, versatilité, tristesse);

Inquiétude musculaire, se traduisant par des sensations de frémissement, des vibrations qui amènent des crispations et des sursauts. Inquiétude psychique se traduisant par des idées nombreuses, mais inachevées et instables. Les aboutissants naturels de cet état de trépidation seront, suivant celui de ses éléments qui prédomine, l'excitation motrice pure, l'impulsivité, l'anxiété ou l'état maniaque.

L'éthérisme prolongé amène, comme toute autre intoxication, une obtusion du sens moral; l'affaiblissement intellectuel se fait sentir dans quelques cas.

Dans le domaine somatique on trouve des spasmes laryngés, des étouffements, des suffocations.

2° Troubles surajoutés et consistant en explosion de phénomènes dégénératifs (obsessions, impulsions...).

Au cours de l'éthérisme chronique peuvent éclore des troubles aigus, soit ivresse avec excitation sexuelle et constriction de la gorge, soit *delirium tremens* éthérique comparable au *delirium alcoolique*; toutefois il semble que les centres sensoriels soient ici moins fertiles et moins suggestibles que sous l'influence de l'alcool.

Des attaques épileptiformes éclosent parfois, et ce fait est dû à ce que l'éther rentre dans les toxiques qui, se signalant par le développement de la motricité, tendent aussi à produire la perte de la conscience, l'agressivité, l'amnésie.

Cette revue se termine par une étude analytique de tous les symptômes d'ordre physique ou psychique et par un parallèle de l'éthérisme avec d'autres intoxications.

III. — *Troubles de la fonction irienne chez les paralytiques généraux*, par les D^{rs} Rodiet et Pansier (numéro d'août). — Le nombre de sujets examinés a été de 28 et l'observation s'est répétée à plusieurs reprises pendant une année.

L'inégalité pupillaire s'est rencontrée 21 fois ; le plus souvent c'est la pupille gauche qui a été la plus dilatée ; dans certains cas, même à une période avancée de la maladie, l'inégalité a fait défaut. En même temps qu'inégalité, il y a eu soit myosis, soit mydriase. Dans deux observations le sens de l'inégalité varie entre deux examens.

Les irrégularités et déformations ont été trouvées 18 fois.

Les réflexes lumineux n'ont été normaux qu'une seule fois, et encore d'un seul côté ; les altérations ont consisté en faiblesse passagère, parésie, abolition complète de l'un ou de l'autre ou de tous les réflexes. Le réflexe lumineux direct a été paresseux dans 8 cas d'un seul côté, et dans 4 cas aux deux yeux. Le réflexe photomoteur peut être parésié d'un seul côté et normal à l'autre œil ; cela a été le cas pour 2 malades.

Le réflexe consensuel a été normal d'un côté et diminué de l'autre dans 5 cas ; normal d'un côté et aboli de l'autre dans 1 cas ; diminué d'un côté et aboli de l'autre dans 1 cas ; aboli aux deux yeux dans 2 cas. Le réflexe consensuel peut être conservé malgré l'immobilité relative de la pupille.

Le signe d'Argyll a été noté aux deux yeux dans 5 observations ; il a été unilatéral et transitoire dans 1 cas et unilatéral et persistant dans 2 cas.

La disparition du réflexe à la douleur a été parfois très précoce, ce symptôme précédant les autres troubles pupillaires.

Le signe de Pilcz, ce symptôme qui consiste en ce que les pupilles réagissent par une contraction à l'occlusion forcée des paupières, avait disparu dans 8 cas.

L'action de l'atropine a été beaucoup plus lente que normalement dans 6 cas, mais la dilatation a duré plus longtemps.

C'est un bon moyen de mettre en évidence les irrégularités et déformations.

La suppression du facteur alcoolisme a été quelquefois favorable à la régression des troubles pupillaires.

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur une variété de pseudo-hallucinations : les auto-représentations aperceptives ; par le D^r Georges Petit. Thèse de Bordeaux. Février 1913. Broch. in-8°.

Parmi les nombreux problèmes posés sans cesse à la sagacité des aliénistes et des psychologues par la connaissance de plus en plus approfondie des syndromes psychopathiques, il en est peu d'aussi attachants que ceux offerts par l'étude des hallucinations et des pseudo-hallucinations. Ces symptômes si variés et si variables revêtent en effet des modalités cliniques si complexes, leur mécanisme psycho-pathogénique reste encore entouré de tant d'incertitudes, que l'on s'explique aisément, malgré les innombrables travaux qu'ils ont suscités, le puissant attrait qui porte sans cesse le psychiatre vers l'observation et l'analyse de ces phénomènes. Pour bien longtemps encore, probablement, le champ demeurera largement ouvert, dans ce domaine, aux investigations des chercheurs ; mais déjà, cependant, il faut le reconnaître, le travail de critique, d'analyse et de discussion qui se poursuit sans cesse pour cette catégorie de faits est parvenu à des résultats pleins d'intérêt, en s'efforçant notamment de préciser et de délimiter plus rigoureusement les termes et la définition des classifications nosologiques, entourés trop souvent encore de nombreuses obscurités.

Le travail que M. Georges Petit vient de consacrer à *une variété de pseudo-hallucinations* nous apporte à ce point de vue une contribution à la fois très consciencieuse et très personnelle. On sait que cette dénomination si vague et si extensive de pseudo-hallucinations englobe pêle-mêle une multitude de phénomènes très variés et parfois très dissemblables, possédant seulement en commun cette qualité assez vague : une ressemblance approximative avec l'hallucination. Négligeant l'examen complet de la totalité de ces faits, l'auteur a envisagé seulement une catégorie particulière de pseudo-hallucinations : celles qui ont été depuis longtemps étudiées sous les dénominations diverses d'hallucinations psychiques, d'hallucinations aperceptives ou de pseudo-hallucinations, par Baillarger, Kahlbaum

Kandinsky et Séglas. Après avoir analysé et commenté, dans un chapitre historique et critique, les travaux si importants et souvent si méconnus de ces auteurs (ce qui lui fournit l'occasion d'indiquer comment les hallucinations proprement dites se sont peu à peu dégagées des autres phénomènes pseudo-hallucinatoires indûment décrits avec elle), G. Petit a tenté une synthèse à la fois clinique et psychologique des pseudo-hallucinations qu'il avait en vue. D'après ses recherches, on pourrait isoler au milieu du groupe immense des pseudo-hallucinations, une catégorie très particulière de ces phénomènes possédant en commun et simultanément les trois caractères suivants :

« 1° D'être *automatiques*, c'est-à-dire de surgir spontanément et involontairement dans la conscience du sujet qui ne peut ni s'opposer à leur production, ni les modifier, ni les faire disparaître ou les éloigner du champ de sa conscience ;

« 2° De s'imposer au malade *directement*, en tant que *phénomènes subjectifs immédiats*, le sujet niant, pour expliquer leur apparition, toute intervention d'éléments sensoriels, moteurs ou cénesthésiques intermédiaires interposés entre le monde extérieur et sa conscience. *Ces représentations manquent donc d'un des attributs de la perception externe, la sensation ; elles sont aperçues immédiatement dans sa conscience par le sujet. C'est dans ce sens que nous entendons que ces représentations sont aperceptives ;*

« 3° D'être considérées par le sujet, *bien qu'elles manquent de toute spécificité sensorielle, motrice ou cénesthésique*, comme des créations *exogènes*, étrangères par leur origine à son Moi conscient et créateur. »

Ces trois attributs essentiels de ces phénomènes les rapprocheraient quant au premier et au dernier, des hallucinations proprement dites, alors que le second caractère, le fait d'être *aperceptives*, les en différencierait absolument.

L'auteur propose de désigner ces pseudo-hallucinations si particulières, sous la dénomination générique de *représentations automatiques, aperceptives et exogènes*, ou, plus brièvement, *d'auto-représentations aperceptives*, et distingue parmi elles, grâce à l'observation clinique, « trois groupes différant par le contenu ou par l'expression des représentations :

« 1° Des représentations mentales automatiques, consistant en *images sensorielles, motrices simples ou cénesthésiques*, auxquelles le sujet attribue une origine indépendante de sa personnalité psychique, sans qu'il fasse intervenir cependant un élé-

ment sensoriel, moteur simple ou cénesthésique *objectif*; ce premier groupe correspondrait approximativement aux *pseudo-hallucinations proprement dites de Kandinsky*;

« 2° Des représentations mentales automatiques, portant uniquement sur des idées *formulées verbalement*, auxquelles le sujet attribue également une origine indépendante de sa personnalité psychique, *sans qu'il accuse cependant l'existence simultanée d'un élément moteur*, périphérique ou central non décelable, d'autre part par l'examen clinique. » *Séglas* a attiré l'attention sur cette catégorie de pseudo-hallucination qu'il appelle *pseudo-hallucinations verbales*.

« 3° Enfin, des représentations mentales automatiques, consistant en idées *particulières ou générales, en tendances ou en volitions plus ou moins complexes, en sentiments plus ou moins précis ou plus ou moins vagues, non formulés verbalement*, et non rattachés au Moi par le sujet qui les considère comme des faits psychiques étrangers à sa propre personnalité. » Les phénomènes désignés par *Kahlbaum* sous le nom d'*hallucinations abstraites ou aperceptives*, rentreraient dans cette dernière catégorie.

Dans un chapitre de diagnostic différentiel, G. Petit énumère ensuite les caractères qui séparent des auto-représentations aperceptives, les représentations mentales proprement dites, les idées obsédantes et impulsives, les hallucinations représentatives de Pitres et Régis, les idées fixes, les phénomènes imaginatifs et interprétatifs, les illusions et les diverses formes des hallucinations proprement dites. Il admet cependant qu'il peut exister entre les représentations aperceptives et ces divers phénomènes, « des combinaisons, des formes de passage ou de transition ».

Ce groupe de symptômes étant ainsi soigneusement délimité au point de vue clinique, l'auteur formule à propos de leur pathogénie des considérations psychologiques du plus haut intérêt. Considérant ces pseudo-hallucinations comme des formes spéciales de cet *automatisme mental*, si bien mis en lumière par Baillarger et P. Janet, il esquisse une étude synthétique de leur mécanisme psychologique en comparant les modalités réciproques de l'automatisme hallucinatoire et de l'automatisme pseudo-hallucinatoire. « Si l'on admet, dit-il, que l'automatisme psychique revêt deux modalités principales, un automatisme primitivement synthétique, idéatif ou idéo-affectif, et un automatisme primitivement analytique ou élémentaire, repré-

sentatif, les deux phénomènes voisins de l'hallucination proprement dite et de l'auto-représentation aperceptive constitueraient ainsi deux aspects un peu différents de cet automatisme élémentaire : l'hallucination ayant les deux caractères de l'objectivité spatiale et de l'objectivité psychologique, l'auto-représentation aperceptive ne possédant que l'attribut de l'objectivité psychologique. » Théorie qui entraîne l'auteur à opposer l'idée d'influence psychique, qu'il constate associée intimement à l'élaboration de l'auto-représentation aperceptive, à l'idée d'influence somatique qui accompagne plutôt l'hallucination proprement dite.

Des observations cliniques très minutieuses et très fouillées illustrent ces théories et nous montrent, dans les diverses affections mentales, la complexité que peuvent revêtir les formes de l'automatisme mental pathologique.

Enfin, des considérations générales sur l'évolution, le pronostic, le traitement et les conséquences médico-légales des auto-représentations aperceptives, ainsi qu'une importante bibliographie très soignée, complètent cet intéressant travail.

Devons-nous, pour terminer, adresser à l'auteur quelques critiques au sujet du néologisme adopté par lui? Il est de mode actuelle en psychiatrie, de blâmer et même de railler les « faiseurs de néologismes », mais G. Petit déclare lui-même n'attacher que peu d'importance au qualificatif nouveau qu'il propose seulement, dit-il, à cause de sa brièveté synthétique. Nous aurions mauvaise grâce à le chicaner sur ce point. Et d'ailleurs, que celui d'entre nous qui, sur ce point, ne pécha... ou ne péchera jamais, vienne lui jeter la première pierre. Il nous est plus agréable de recommander, comme il convient, cette étude instructive, pleine d'idées et de faits exposés avec méthode et avec clarté, et dont la lecture nous valut des heures attachantes. Y viendront puiser avec fruit tous ceux que préoccupent les problèmes que soulève sans cesse la connaissance des diverses modalités de l'automatisme psychique.

FRANTZ ADAM.

Sur le mouvement psychanalytique. Un point de vue nouveau en psychologie ; par le D^r A. Maeder. Broch. in-8°. Extrait de l'Année psychologique. T. XVIII. Paris, Masson et C^{ie}, 1912.

« La réponse du médecin aux plaintes d'une hystérique ou

à l'exposé détaillé des conflits moraux d'un obsédé est le plus souvent d'une simplicité et d'une superficialité étonnantes : une parole de consolation à travers laquelle perce l'ennui, un geste évasif. » Mais depuis Freud et ses élèves, les malades de ce genre ne doivent plus se plaindre qu'on ne les examine pas assez !

En Autriche, en Suisse, en Amérique, la Psychanalyse triomphe; en France elle est presque inconnue. S'aidant de son expérience personnelle, le D^r Maeder a fait un exposé libre de l'état actuel du mouvement psychanalytique.

Il étudie d'abord la *méthode*. L'analyse doit dépasser le mode logique et conscient de la pensée, pour fouiller dans l'inconscient. La pensée inconsciente où dominent l'affectivité et l'égoïsme se manifeste sous forme d'associations d'idées étranges, de symboles, d'images, d'allusions. Le psychanalyste sait deviner la valeur symbolique de cette succession d'idées et d'images incohérente en apparence. Pour cela, il faut étudier le rêve et un certain état de veille où le sujet se met en état « d'observation passive » et communique tout ce qui lui vient à l'esprit sans exception ni retard, renonçant à toute critique de ses idées. Le D^r Maeder cite plusieurs exemples intéressants de ces rêveries où l'inconscient se révèle sous forme symbolique; il en donne des interprétations qui paraissent fort ingénieuses au profane. Mais elles ne sont pas qu'ingénieuses, dit le D^r Maeder, l'observation quotidienne montre que, chez les différents sujets, l'inconscient s'exprime souvent par les mêmes symboles. Les associations, les rêveries du sujet ne sont spontanées qu'en apparence; le médecin exerce une influence considérable sur leur direction par « transfert affectif »; inconsciemment le sujet rapporte au médecin des désirs, des affections, des haines anciennes. Ce dernier acquiert ainsi momentanément une grande autorité sur le malade qui, subissant inconsciemment son ascendant, se livre avec plus de franchise. Quand il n'y a pas transfert affectif, la psychanalyse est presque impossible.

La méthode ainsi pratiquée montre qu'il existe une « lutte d'influence entre le moi normal conscient et certains éléments devenus inconscients et restés pourtant actifs, soit une *dissociation mentale* ». Cette dissociation mentale existe chez les nerveux et même chez l'homme normal, c'est la « psychopathologie de la vie quotidienne » de Freud : un lapsus, un oubli peuvent dévoiler des tendances inconscientes égoïstes en lutte sourde avec le moi conscient et social. Il en est de même

dans le rêve où, comme nous l'avons vu, l'inconscient s'exprime sous forme symbolique. L'inconscient use de symboles parce qu'une police sévère veille aux frontières du conscient et ne laisse y pénétrer les idées qu'après les avoir soumises à la *censure*; l'inconscient se déguise comme un contrebandier pour passer la frontière.

L'analyse de certains états hystériques montre bien le rôle de l'inconscient dans les symptômes mentaux. Maeder cite un exemple dans lequel une douleur de langue n'est que la représentation symbolique d'un conflit moral refoulé dans l'inconscient.

Ce refoulement a pour résultat de supprimer l'action déprimante du conflit, mais aussi de rétrécir le champ de la conscience. La « charge émotive » des tendances refoulées est déviée et se convertit en manifestations somatiques (conversion hystérique) ou intellectuelles (obsessions, phobies, agitations forcées). Le refoulement d'une idée, d'une émotion-choc peut s'accompagner d'amnésie.

D'après Maeder, la psychanalyse permettrait de comprendre le sens du « charabia » de certains déments paranoïdes chez lesquels l'incohérence n'est qu'apparente et cache parfois, sous une langue inventée, l'expression d'idées délirantes cohérentes. Maeder a publié une observation de ce genre, qu'il considère comme une preuve de la valeur de sa méthode. Il semble que ce côté psychiatrique de la psychanalyse soit encore incertain; mais les recherches et les discussions que va inaugurer la vulgarisation de la méthode auront l'heureux résultat de pousser les aliénistes à analyser encore plus fidèlement le psychisme de leurs malades et à ne pas se décourager devant une incohérence et un affaiblissement mental peut-être apparents.

En terminant, le D^r Maeder esquisse une « théorie ludique » des rêves. Le rêve a une action dérivative : grâce à lui, les mauvaises tendances inconscientes qui, faisant irruption dans le domaine de la conscience, provoqueraient de vives émotions et rendraient le sommeil impossible, se manifestent sous une forme symbolique inintelligible. Le rêve nous permet encore de réaliser par l'imagination ce qui nous est inaccessible. Enfin, il nous prépare à l'action; pour résoudre un conflit, pour prendre une décision, le rêve est une fonction d'essai préliminaire; longtemps élaborée dans l'inconscient, l'idée finit par faire irruption dans le conscient avec une force plus grande. Ces fonctions dérivatives et préparatoires se retrouvent dans le eu

qui, lui aussi, a pour effet de canaliser des tendances nuisibles et de préparer des activités futures. Rêve et jeu sont des manifestations de la « fonction ludique », dont les psychologues modernes connaissent l'importance biologique.

P. GUIRAUD.

Dannemora State Hospital for insane convicts. Twelfth annual report of the medical superintendent, 1911 (Asile d'aliénés criminels de Dannemora, Etat de New-York. Douzième rapport annuel du médecin-chef) ; par le Dr Charles H. North. Broch. in-8°. S. l. n. d.

Pendant l'année qui s'est écoulée du 1^{er} octobre 1910 au 30 septembre 1911, le nombre d'admissions a été le plus élevé que l'on ait constaté depuis l'ouverture de l'asile en 1900. Le mouvement des malades pendant cet intervalle de temps peut se résumer ainsi :

	Hommes.
Recensement de l'hôpital le 1 ^{er} octobre 1910.	382
Admissions pendant l'année	84
Nombre total des malades traités	466
Guéris pendant l'année	63
Recensement de l'hôpital le 1 ^{er} octobre 1911.	403

Ce chiffre élevé d'entrées est dû à l'accroissement de la population des prisons ; encore faut-il ajouter que les médecins des prisons, connaissant l'encombrement de l'asile de Dannemora, n'ont envoyé que les cas les plus aigus. Il y a, à l'heure actuelle, dans les prisons et les reformatory un grand nombre de condamnés à mentalité défectueuse.

Les 84 entrants étaient atteints des affections mentales ci-dessous :

Paralyse générale	3
Imbécillité, idiotie avec débilité mentale	20
Démence précoce	26
Etats paranoïdes (<i>paranoïd conditions</i>)	21
Paranoïa	2
Autres psychoses	11
Non aliéné	1

Cinquante pour cent des cas d'imbécillité viennent des reformatory d'Elmire et de Napanoch. L'auteur range sous cette étiquette (*imbecillity with insanity*) les psychoses de courte durée, si fréquentes parmi les jeunes débiles. Sous le vocable d'états paranoïdes sont classés un certain nombre de cas dont

le principal symptôme consiste en idées vagues de persécution, rapidement curables, et quelques cas que l'avenir montre être des déments précoces. La rubrique : *autres psychoses* comprend les formes mal définies et les démences séniles.

La statistique des sorties est la suivante :

Guéris	35
Améliorés	14
Non améliorés.	2
Non aliénés.	1
Décédés	11

Vingt-quatre des malades guéris, dont la peine n'était pas expirée, sont retournés en prison. Onze ont été relâchés. Sept malades améliorés ont été rendus à leur famille, deux ont été remis aux représentants de « Prison Association », cinq ont été envoyés dans les asiles publics d'aliénés. Le malade non aliéné a reconnu sa supercherie.

Le pourcentage des guérisons est de 7,51. La moyenne de séjour à l'asile des malades guéris a été de deux ans quatre mois dix-neuf jours.

Quant aux causes de décès, elles se répartissent ainsi :

Néphrite chronique.	1
Cardiopathie	1
Paralysie générale.	1
Fièvres malignes	2
Tuberculose pulmonaire.	6

Cinquante pour cent des décès sont dus, on le voit, à la tuberculose pulmonaire.

Le D^r North termine son rapport par de longues considérations sur le personnel. Il n'a qu'à se louer du corps médical.

Il demande, toutefois, que son sort soit amélioré, le coût des études ayant, en ces dernières années, augmenté de 50 p. 100. Quant au recrutement du personnel secondaire, il devient de plus en plus difficile. Quarante gardiens, formés par l'asile, l'ont quitté, depuis la fondation, pour entrer dans le service des prisons, où l'instruction reçue à l'asile n'est que de médiocre importance. La plupart se plaignent de l'insuffisance des salaires. Douze nouvelles démissions sont imminentes. La plupart des postulants ont de dix-huit à vingt ans. Leur inexpérience est rapidement remarquée par les malades qui, ayant des penchants homicides et des idées de persécution, sont doublement dangereux. Ils sont un obstacle plutôt qu'une aide pour le bon fonctionnement du service. Ils se laissent influencer par les

vieux détenus ; ils ne sont pas à même d'apprécier leur responsabilité et leurs devoirs. L'hôpital étant à la porte d'une prison, ils comparent leur sort à celui des gardiens de prison. Il serait nécessaire qu'au bout de vingt ans de service ils aient des compensations égales à celles que reçoivent les gardiens de prison.

Le D^r North formule encore d'autres desiderata. Dès l'ouverture, en 1900, l'asile s'est trouvé plein. Les admissions continuant, on a dû utiliser comme dortoirs les corridors et les salles de réunion, ce qui a rendu impossible toute répartition rationnelle des malades. Le directeur des prisons, en 1909, a interdit le transfert de nouveaux malades à Dannemora jusqu'à l'achèvement des nouveaux bâtiments. A l'heure actuelle, la population a augmenté d'un nombre de malades suffisants pour remplir une nouvelle aile. Cent malades couchent présentement dans les salles de réunion. Le D^r North espère que cette nouvelle aile sera construite pour le printemps de 1914.

On donne fréquemment aux malades, avec un résultat excellent, des séances de cinématographe et de phonographe. L'hiver dernier, les ménestrels « Guy Brothers » ont donné un concert.

Notons, pour terminer, qu'un nouvel asile d'aliénés criminels est en construction à Waupun, dans le Wisconsin.

LUCIEN LIBERT.

La réaction de Wassermann et l'aliénation mentale; par les D^{rs} Hermann et D'Hollander. Broch. in-8°. Extrait du *Bulletin de l'Académie Royale de médecine de Belgique*; Séance du 22 décembre 1912.

Les auteurs ont recherché systématiquement la réaction de Wassermann chez toutes les entrantes à l'asile de Mons, pendant une année. Ils peuvent ainsi montrer quelle est l'importance étiologique de la syphilis dans l'aliénation mentale. Sur 136 cas, le Wassermann a été positif 36 fois, soit 26.47 p. 100.

Sur 62 paralysies générales observées en deux ans, il y a eu 56 W positifs et 6 négatifs.

Le W — ne signifie rien, il a été observé chez des sujets dont la syphilis était certaine. Le W + confirme le diagnostic et attire l'attention sur la paralysie générale dans des cas où, sans lui, elle aurait pu ne pas être soupçonnée.

Pour les affections autres que la paralysie générale, le Wassermann a été positif 15 fois sur 115. Au point de vue étiolo-

gique, la syphilis a, dans ces cas une importance secondaire.

Un sujet est-il à la fois aliéné et syphilitique avec Wassermann sanguin positif, il est important de décider si les lésions cérébrales sont de nature syphilitique. On y arrive par l'épreuve des quatre réactions : 1° Wassermann dans le sang ; 2° dans le liquide céphalo-rachidien ; 3° lymphocytose céphalo-rachidienne ; 4° réaction I de Nonne. On sait que cette réaction est basée sur la précipitation des globulines par le sulfate d'ammonium. Les 3 dernières réactions, quand elles sont positives, indiquent que la syphilis a frappé l'axe cérébro-spinal. L'épreuve des quatre réactions n'est peut-être pas aussi infaillible que le croient les auteurs. Une inflammation chronique banale des méninges peut provoquer de la lymphocytose ; d'après Ravaut et Vincent, le W serait positif dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints de tumeurs cérébrales, et enfin, d'après Mestrezat, le Nonne I n'aurait pas grande valeur.

Les auteurs formulent l'hypothèse que certaines psychoses séniles et préséniles étiquetées démence organique — et aussi sans doute psychose artério-scléreuse — résultent de lésions vasculaires « d'origine mais pas nécessairement de caractère spécifique ». Dans ces cas, le W + du sang est la seule signature de la syphilis.

P GUIRAUD.

Alcool et exhibitionnistes ; par le D^r P. L. Ladame. Extrait des *Archives d'Anthropologie criminelle*.

L'alcool relâche le frein éthique qui réprime à l'état normal les impulsions instinctives inférieures de la bête humaine. A ce titre il joue un grand rôle dans l'exhibitionnisme. Cependant l'action de l'alcool a été méconnue par la plupart des auteurs. Si la femme est moins exhibitionniste que l'homme, c'est, d'après M. Ladame, parce qu'elle est moins alcoolique ; à mesure que s'accroît l'alcoolisme féminin, les observations de femmes exhibitionnistes deviennent plus nombreuses.

Magnan, le premier, a signalé que la tendance impulsive réprimée par des efforts volontaires devient irrésistible par un appoint alcoolique. L'auteur rapporte l'observation d'un de ses malades qui exhibait ses organes génitaux devant les femmes chaque fois qu'il avait bu un seul verre de vin. Ce malade signa son entrée dans la Croix-Bleue et resta abstinent pendant trois ans sans velléité exhibitionniste ; s'étant laissé entraîner à boire,

il commit un nouvel outrage à la pudeur. Quelquefois chez des alcooliques invétérés l'exhibition pourrait être suivie d'amnésie.

P. GUIRAUD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A. PIERRET. Pathogénie de l'épilepsie. 24 pages, in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, numéro du 10 juillet 1913.

VICTOR DELFINO. La campaña contra el alcoholismo en la República Argentina. 21 pages, in-12. Extrait de la *Semana médica* de Buenos-Aires, numéro du 15 juin 1903.

— Como debe combatirse el alcoholismo en la República Argentina. 19 pages, in-12. Extrait de la *Semana médica* de Buenos-Aires, numéro du 22 juin 1913.

Rapports présentés au III^e Congrès international de Neurologie et de Psychiatrie. Gand, 20-26 août 1913 :

— G. MARINESCO. Sur la structure colloïdale des cellules nerveuses et ses variations à l'état normal et pathologique, 82 pages, in-8° ;

— A.-P. DUSTIN. Régénération normale et pathologique du système nerveux, 16 pages, in-8° ;

— VICTOR DEROITTE. Diagnostic précoce et localisation des tumeurs du cerveau, 30 pages, in-8° ;

— PAUL SOLLIER. Les états de régression de la personnalité, 14 pages, in-8° ;

— W. WEYGANDT. Schwachsinn und Hirnkrankheiten mit Zwergwuchs, 18 pages, in-8° ;

— A. LEY et P. MËNZERATH. Le témoignage des normaux et des aliénés, 30 pages, in-8° ;

— PAUL SÉRIEUX et LUCIEN LIBERT. Les psychoses interprétatives aiguës symptomatiques, 32 pages, in-8° ;

— C.-J. PARRHON. Les glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec la psychologie et la pathologie mentale, 30 pages, in-8° ;

— ALEX. PILCZ. Ueber die Behandlung der Paralysis progressiva, 20 pages, in-8° ;

— G. CESARE FERRARI. La colonisation libre des anormaux du caractère, 7 pages, in-8° ;

E. STRANSKY. Die paranoiden Erkrankungen, 30 pages, in-8°. Extrait de la *Zeitschrift für die gesamte Neurologie and Psychiatrie*, 1913.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêtés de novembre 1913 : M. le D^r DANJEAN, médecin adjoint de l'asile de Marseille, est nommé directeur-médecin de l'asile de Châteauroux (Indre) (1);

MM. les D^{rs} CHEVALIER-LAVAURE, médecin en chef de l'asile de Montpellier (Hérault), et CHARON, directeur-médecin de l'asile de Dury-les-Amiens (Somme), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (9.000 francs);

M. le D^r BOURILHET, médecin adjoint de l'asile de Moulins (Allier), est promu à la 2^e classe de son grade (3.500 fr.);

M. le D^r SIMON, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 francs);

M. le D^r DUBOURDIEU, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne), est promu à la 1^{re} classe de son grade (8.000 fr.).

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de Médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 16 décembre 1913, sous la présidence de M. Chauveau, président.

Parmi les nombreux prix et récompenses décernés, nous relevons les suivants, concernant la médecine mentale et nerveuse :

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *Nature et pathogénie de la paralysie infantile*. — Deux mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M^{me} la doctoresse TINEL-GIRY, de Paris.

(1) L'asile de Châteauroux est un nouvel asile départemental. Le département de l'Indre confiait jusqu'ici ses aliénés à l'asile de Naugeat (Haute-Vienne); il a jugé préférable d'avoir son asile à lui, et il a bien fait. Puissent d'autres départements suivre son exemple !

PRIX F'ALRET (700 francs). — Question : *Causes déterminantes de l'attaque d'épilepsie (conséquences thérapeutiques)*. — Un seul mémoire a été présenté.

Le prix est est décerné à M. le D^r RODIET, médecin en chef de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

PRIX HERPIN (DE GENÈVE) (3.000 francs). — Cinq mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le D^r BARBÉ, de Paris, pour son mémoire intitulé : *Etude des dégénération secondaires (bulbo-protubérantielles et médullaires) du faisceau pyramidal*.

PRIX HENRI LORQUET (300 francs). — Onze mémoires ont été présentés.

Le prix a été décerné à M. le D^r HAURY, médecin-major de première classe au 53^e d'artillerie, à Clermont-Ferrand : *Les anormaux et les malades mentaux au régiment*.

Des mentions honorables sont accordées à MM. les D^{rs} OSSIP-LOURIÉ, professeur à l'Université nouvelle de Bruxelles : *Le langage et la verbomanie, essai de psychologie morbide*; R. BENON, médecin des quartiers d'hospice de Nantes : *Les troubles psychiques au cours des polynévrites*; LUCIEN LIBERT, de Paris : *Essai sur les psychoses raisonnantes*; H. BOURILHET et M. BRISSOT, médecins de l'asile d'aliénés de Sainte-Catherine, Moulins (Allier) : *Contribution à l'étude clinique de la démence chez les épileptiques*.

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les sujets des prix proposés pour les années 1914, 1915 et 1916. Les *Annales* ont publié les questions relatives à la médecine mentale et nerveuse pour les deux premières années (v. les numéros de janvier 1912, p. 118, et de janvier 1913, p. 119); voici celles proposées pour 1916 :

PRIX BAILLARGER. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

PRIX CHARLES BOULLARD. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.200 francs. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en atténuant la marche terrible.

PRIX CIVRIEUX. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 800 francs. — Question : *Rôle de la syphilis héréditaire dans la pathogénie des encéphalopathies infantiles*.

PRIX FALRET. — Partage interdit. — 700 francs. — Question : *Psychologie pathologique des hallucinations*.

PRIX THÉODORE HERPIN (DE GENÈVE). — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 3.000 francs. — Ce prix est décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HENRI LORQUET. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

TRIBUNAUX

* *L'amateur de cigares*. — Noël Gromont, que les juges correctionnels avaient à juger hier, est un homme de soixante et un ans, propriétaire à Bordeaux de plusieurs petites maisons d'un revenu annuel de 8.000 francs. C'est d'autre part un grand amateur de cigares, mais il ne peut se résoudre à acheter ceux qu'il fume. Il les vole. C'est chez lui de la monomanie, et cela lui a déjà valu plusieurs condamnations et aussi des séjours plus ou moins prolongés dans des asiles d'aliénés, car des médecins l'ont quelquefois trouvé irresponsable. Ceux qui viennent d'avoir à l'examiner ces jours derniers le tenant pour parfaitement responsable, Noël Gromont vient, pour un nouveau vol de cigares, d'être condamné à trois mois de prison et 200 francs d'amende. (*Le Temps*, numéro du jeudi 18 septembre 1913.)

Le poète-né. — On lit dans *Le Temps* (numéro du lundi 6 octobre 1913) :

Dans les derniers jours du mois d'août, l'employé d'un libraire de la rue Mazagran faisait arrêter et conduire au poste un pauvre diable au visage blême, aux longs cheveux, aux vêtements propres mais fripés, qui venait de voler à l'étalage un volume de 3 fr. 50. Devant le commissaire le miséreux se nomma :

— Paul de Bordet, dit-il.

Et tout de suite il ajouta :

— Ma femme, qui se trouve actuellement en Seine-et-Oise, est malade. Je désirais aller la voir, mais voilà... je n'avais plus que quatre sous en poche. L'idée m'est venue alors. passant devant la boutique d'un libraire, de voler un livre afin de le revendre. Ainsi aurais-je trouvé le prix de mon billet.

Paul de Bordet fut envoyé devant un juge d'instruction, et l'examen de son casier judiciaire révéla qu'il avait subi déjà cinq condamnations pour menus délits. L'information établit d'autre part qu'il avait poussé ses études jusqu'au baccalauréat

ès lettres inclusivement, que son père était un ancien professeur de mathématiques et que lui-même enfin, poète, surtout poète, avait cependant professé la philosophie à Cracovie. Quoiqu'il en soit, son attitude parut à ce point bizarre que le juge décida de le faire examiner au point de vue mental par le D^r Bonnet, et voici ce qui est dit notamment dans le rapport de ce docteur :

« A mes questions, Paul de Bordet m'a répondu : « Je n'ai jamais eu d'autre maladie que celle d'être poète. J'ai toujours été le candide rêveur qui, sans cesse, espère et consacre ses jours à attendre un irréalisable demain. J'ai toujours été un timide, un faible, un irrésolu, partagé entre mes croyances religieuses et la vague croyance au fatal destin. L'on m'a dit, et l'on a eu tort, que j'étais le poète-né, que je me devais à la poésie. Hélas ! que de déceptions j'ai dû subir, grâce à mes œuvres !... »

Pauvre poète-né, qui un jour traduisit ainsi sa désespérance :

Rien ne m'est plus, Seigneur, j'ai consommé ma vie
A chercher loin de tous un inutile bien...
J'ai livré ma pauvre âme, alors folle et roidie.
A tout ce vain bonheur qu'ici-bas l'on envie.
Hélas ! plus ne m'est rien...

Bref, reconnu bel et bien responsable, Paul de Bordet est venu s'échouer hier, tout modeste et quelque peu tremblant, sur les bancs de la 11^e chambre correctionnelle, qui, après plaidoirie de M^e Richard de Burgues, l'a envoyé en prison, où il pourra rêver pendant deux mois.

Le « buveur de sang ». — Un pauvre diable, infirme, presque en guenilles, l'air hébété et repentant, Jules Larivière, était, pour outrages à un magistrat, traduit hier par le Parquet devant la 9^e chambre correctionnelle. Larivière n'a pas subi moins de quarante-huit condamnations et a passé en prison cent trente-huit mois et vingt-neuf jours de son existence. Le 3 juillet dernier, il était encore en prévention quand il eut l'idée d'adresser à son juge d'instruction, M. Bourgarel, le poulet que voici :

« Crois bien qu'à ma sortie, tu auras ma visite, et je me laverai les mains dans ton sang. Tu penses qu'un affilié à la bande Bonnot ne t'épargnera pas. C'est un buveur de sang qui signe... »

L'épître tombait d'autant plus mal que le magistrat venait de signer un non-lieu en sa faveur. Aussi décida-t-on de faire examiner Larivière par un médecin aliéniste, qui conclut à sa responsabilité, tout en disant qu'il y aurait lieu de l'hospitaliser.

Le Tribunal a donc condamné Larivière. Il lui a infligé deux mois de prison ; mais, bienveillant, a fait passer une note à la Préfecture, en signalant à son attention la conclusion de l'expert. (*Le Temps*, numéro du samedi 11 octobre 1913.)

51 *Un assassin de treize ans.* — On télégraphie de Chalon-sur-Saône au *Temps* (numéro du samedi 11 octobre 1913) :

Le jeune Laugros, âgé de treize ans, écolier à Saint-Vallier, accusé d'être l'auteur d'une tentative d'assassinat suivie de vol commise sur M^{me} veuve Turpin, rentière, âgée de quatre-vingt-six ans, de Romain-sous-Gourdon, a été acquitté par le Tribunal de Chalon comme ayant agi sans discernement. Laugros avait fait des aveux.

M. Garnier, médecin aliéniste de Dijon, avait déclaré que Laugros jouissait de toute son intelligence et était pleinement responsable.

Le procès de la danseuse. — Le tribunal de Castelnaudary vient de statuer dans le procès en 400.000 francs de dommages-intérêts, intenté à la Compagnie du Midi par une artiste, M^{me} Lygia d'Orna, qui promena à travers les casinos et music-halls des deux mondes un original numéro de danses lumineuses.

Venant de Marseille et se rendant à Toulouse, elle se trouvait, le 21 septembre 1911, dans un des trains qui furent tamponnés en gare de Pexiora (Aude). L'accident la laissa dans un état d'inconscience manifeste dont elle sortit assez vite cependant et sans blessures apparentes, mais la commotion cérébrale ressentie avait été si forte que la jeune femme fut bientôt affligée de troubles nerveux qui ne firent que s'aggraver. M^{me} Lygia d'Orna dut renoncer à son art et vivre, isolée à la campagne, dans une petite maison aux portes de Toulouse, sous la surveillance de médecins aliénistes.

M^e Eydoux, fils du général, avait soutenu sa demande.

Dans le jugement que vient de prononcer le tribunal de Castelnaudary, la Compagnie du Midi est déclarée responsable des conséquences de l'accident de Pexiora. M^{me} Lygia d'Orna obtient une indemnité en capital de 50.000 francs et une rente viagère de 3.600 francs ; pour provision enfin, le tribunal accorde à la danseuse une somme de 10.000 francs. (*Le Temps*, numéro du dimanche 16 novembre 1913.)

52 *Un aliéné aux assises.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du jeudi 20 novembre 1913) :

Un meurtrier, Lazare Storté, comparaisait hier devant la cour d'assises de la Seine et, dès les premiers mots qu'il dit, il donna l'impression très nette qu'il était complètement fou et qu'il était impossible de le juger.

Sur la demande de M^e Maupoint, on désigna le D^r Vallon pour examiner l'accusé, qui ne sera jugé qu'ultérieurement.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE, L'OPIMUM.

Une famille de cocaïno-morphinomanes. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mercredi 30 novembre 1913) :

Denx gardiens de la paix arrêtaient, hier soir, au moment où il venait de dérober une pièce de soie d'une valeur de 200 francs chez un négociant de la rue Réaumur, Marcel Leroy, âgé de vingt-sept ans, peintre décorateur d'origine belge, déjà expulsé de France à la suite de ses larcins.

Leroy demeure rue de la Garenne, à Colombes, avec sa mère et sa sœur.

Comme on le conduisait au commissariat de police du quartier du Mail, il fut pris d'une violente crise; pendant qu'il se débattait, une seringue de Pravaz et une fiole s'échappèrent de sa poche. La fiole contenait un mélange de cocaïne et de morphine.

On s'aperçut, en déshabillant le forcené, que ses bras et sa poitrine étaient couverts de piqûres et que sa chemise était tachée de sang.

La crise passée, Leroy déclara qu'il se piquait depuis l'âge de quatorze ans; il se procurait cocaïne et morphine avec de fausses ordonnances et volait pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat des poisons.

Il se faisait cent piqûres par jour — une toutes les dix minutes — et avait depuis longtemps fait partager sa néfaste passion à sa mère et à sa sœur, qui est âgée de vingt-cinq ans.

Toute cette famille a fait de nombreux séjours à l'asile Sainte-Anne. Actuellement la sœur est mourante, la mère est folle; la folle veille la mourante.

Leroy a été envoyé au Dépôt; une décision va être prise à l'égard des deux femmes.

Suicide d'une morphinomane. — Une lingère, M^{me} veuve Eugénie Maret, âgée de quarante-sept ans, demeurant 17, rue Capron, qui, depuis quelque temps, se trouvait sans travail, était devenue morphinomane.

Avant-hier, un de ses parents recevait d'elle une lettre par laquelle elle l'informait de son intention de se donner la mort. Il prévint M. Dupuis, commissaire de police, qui se transporta aussitôt au domicile de la morphinomane. Le magistrat la trouva râlant sur son lit. Elle venait d'absorber le contenu d'un flacon de morphine.

On la transporta à l'hôpital Bichat, où elle succomba. Son corps était couvert de multiples piqûres. (*Le Petit Journal*, numéro du mercredi 3 décembre 1913.)

Arrestation de marchands de cocaïne. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du samedi 6 décembre 1913) :

Nous avons récemment signalé que de nombreux marchands de cocaïne infestaient Montmartre.

A la suite d'une longue enquête, bon nombre de ces trafiquants ont pu être arrêtés, la nuit dernière, dans divers établissements de nuit de l'arrondissement.

Voici la liste des individus arrêtés : Raymond Deher, âgé de vingt ans, se disant employé de commerce, demeurant 6, passage de Clichy ; son amie, Marie Coat, âgée de vingt ans, modèle, même adresse ; Antonin Pelluffo, vingt-cinq ans, négociant, demeurant 33, rue des Martyrs ; Daniel Gay, dit le Niçois, vingt et un ans, se disant employé de commerce, 6, passage de Clichy ; son amie, Cécile Ouin, vingt et un ans, et Georges Méloussona, âgé de trente ans, garçon de café, même adresse. Tous, hommes comme femmes, sont à la fois cocaïnomanes invétérés et marchands de cocaïne ; ils ont tous déjà été arrêtés plusieurs fois.

Une perquisition opérée par le commissaire de police chez les inculpés a fait découvrir une énorme quantité de stupéfiants. Chez un seul on a trouvé 100 grammes de morphine, 200 grammes de cocaïne, 120 paquets de cocaïne tout préparés et tout un matériel permettant de doser les stupéfiants. Le tout a été mis sous scellés.

Les inculpés ont été envoyés au Dépôt.

Devant les tribunaux. — On lit dans *Le Temps* (numéros des vendredis 14 et 21 novembre 1913) :

Ancien élève de l'Ecole normale supérieure et professeur de français au collège de Budapest, magnifiquement doué et plein d'avenir, venu à Paris en congé, M. Bichet succombait en décembre dernier à l'hôpital de la Charité, où l'on venait de le transporter agonisant. On apprenait quelques heures plus tard que cette mort rapide était due à une intoxication par la morphine. L'événement fit grand bruit alors, surtout dans le monde universitaire. Le parquet ouvrit une enquête sans aucun retard et voici ce que l'on apprit :

Le 20 décembre dernier, à la sortie d'un banquet de normandais où ils avaient renoué connaissance, M. Jean Bourget et M. Bichet avaient résolu de « faire de la morphine », comme ils en avaient déjà fait ensemble à l'Ecole et au régiment, et de compagnie ils s'étaient rendus dans la chambre que M. Bichet avait louée dans un hôtel de la rue de Vaugirard. Là, ils avaient dû se piquer mutuellement, du moins la prévention le soutient-elle aujourd'hui. Toujours est-il que vers quatre heures du matin M. Bourget sortait de l'hôtel, annonçant que son ami était malade, et revenait un moment après pour se

retirer définitivement à sept heures du matin. Il disait alors que M. Bichet allait mieux. Or, quelques instants plus tard, le malheureux professeur était trouvé râlant sur son lit, et transporté à l'hôpital où il succombait.

L'enquête révéla encore que la morphine avait été apportée avec une seringue de Pravaz par M. Jean Bourget, qui lui-même avait pris le tout chez un de ses amis, M. Lestriguez. Celui-ci, qui suivait une cure de démorphinisation, — on guérit les morphinomanes en leur faisant prendre des doses de plus en plus faibles de la « drogue », — s'était procuré le stupéfiant au moyen d'une ordonnance prescrivant 30 centigrammes de chlorhydrate de morphine, ordonnance visée et non signée par le D^r Mollet, et dont le corps d'écriture, du reste, n'était pas de sa main. Le docteur s'était contenté d'y joindre cette mention : « Bon pour faire exécuter cette ordonnance. Néuilly, 7 décembre 1912. » Il y avait déjà là une irrégularité grave. Il y en avait une autre : la dose de morphine était indiquée en chiffres au lieu de l'être en lettres, ainsi que le prescrit l'ordonnance de 1845.

Bref, l'enquête du parquet se termina par le renvoi en police correctionnelle de M. Jean Bourget, sous l'inculpation d'homicide par imprudence, et du D^r Mollet, pour complicité du même délit et infraction à l'ordonnance de 1845. Et c'est ainsi que tous deux comparaissent hier devant la 10^e chambre. M. Jean Bourget qui, exclu de l'École, s'est ainsi trouvé dans l'obligation de terminer son service militaire, se présentait en uniforme devant ses juges.

Le bâtonnier Henri-Robert a prononcé pour lui la plus habile et la plus émue des plaidoiries, puis M^e Geoffroy a défendu le D^r Mollet, contre lequel le tribunal n'a pas retenu la prévention de complicité d'homicide par imprudence.

M. Jean Bourget a été condamné à 500 fr. d'amende avec sursis.

« Attendu, dit le jugement, que l'imprudence du prévenu a été partagée par la victime, qui a assisté à la préparation de la solution et a voulu s'en servir, et qu'on doit tenir compte de ce fait pour l'application de la peine;

« Que les excellents antécédents de Bourget, sa vie de labeur et son repentir doivent le faire bénéficier du sursis »...

Quant au D^r Mollet, impliqué dans la même affaire pour inobservation de quelques-unes des prescriptions de l'ordonnance de 1846, il a été acquitté. M^e Geoffroy avait présenté sa défense.

« Attendu, dit le jugement en ce qui le concerne, que si un médecin est responsable des effets d'un médicament, il ne saurait l'être du mauvais usage fait en dehors du traitement prescrit;

« Que Mollet n'a donc commis ni imprudence, ni maladresse, ni négligence ;

« Que l'énonciation en toutes lettres de la dose de substance vénéneuse et l'indication du mode d'emploi paraissent bien plutôt imposées aux pharmaciens pour ne vendre que sur le vu de prescriptions ou ordonnances satisfaisant à ces conditions, qu'une obligation pour les médecins de formuler ainsi leurs ordonnances pour les malades... »

— Devant la 10^e chambre correctionnelle du Tribunal de la Seine comparaisait, le jeudi 13 novembre 1913, un peintre italien, Lombardi, qui avait été arrêté au moment où il vendait de la cocaïne dans un bar de Montmartre.

Il a été condamné à quinze jours de prison.

— La 10^e chambre correctionnelle du Tribunal de la Seine a condamné, le vendredi 14 novembre 1913, à un mois de prison, Henri Lichtenberg, sujet roumain, qui vendait de la cocaïne à Montmartre.

— La 10^e chambre correctionnelle du Tribunal de la Seine a condamné, le 1^{er} décembre 1913, à 400 francs d'amende pour trafic de substances vénéneuses un chasseur de café, Henri Giraud, qui vendait à une clientèle spéciale de la cocaïne.

— Le Tribunal correctionnel de Marseille a condamné, le 9 décembre 1913, respectivement à trois mois de prison chacun, et solidairement à 4.000 francs d'amende, quatre Chinois de l'équipage du vapeur hollandais *Kanjean*, arrêtés le 16 novembre dernier et trouvés porteurs de 22 kilogrammes d'opium.

— Un fonctionnaire des douanes de Hanoï, M. du Chaxel, actuellement en congé à Brest, avait à répondre hier, devant les juges correctionnels de cette ville, du délit d'introduction frauduleuse en France et de vente à des tiers d'une quantité relativement importante d'opium. M. du Chaxel, qui a fait défaut, a été condamné à deux mois de prison avec sursis et 1.000 francs d'amende. L'administration des douanes obtient une somme de 500 francs à titre de dommages-intérêts.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Répression de la prostitution dans les cabarets et débits de boissons. — On lit dans *Le Temps* (numéro du jeudi 13 novembre 1913) :

Le ministre de l'Intérieur a reçu ce matin M. Hubert Grizard et M. Audin, président et secrétaire général de la Fédération nationale du commerce en détail des boissons, et M. Joseph Reinach, président du groupe antialcoolique de la Chambre.

La fédération représente 221 chambres syndicales de 80 départements.

La délégation de la fédération et M. Joseph Reinach ont demandé à M. Klotz de bien vouloir inviter les préfets à prendre, pour toute l'étendue des départements qu'ils administrent, des arrêtés analogues à l'ordonnance de M. Lépine, en date du 15 février 1910, sur la répression de la prostitution dans les garnis, cafés, cabarets, débits de boissons ou autres maisons ouvertes au public.

L'ordonnance du préfet de police vise notamment les lois des 16-24 août 1790 sur l'organisation judiciaire et des 19-21 juillet 1791 sur l'organisation de la police municipale, les arrêtés des consuls du 12 messidor an VIII et du 3 brumaire an IX, et les articles 471 et 474 du Code pénal, amende et emprisonnement en cas de récidive.

Cette ordonnance de 1910 rapporte l'ordonnance de 1907, qui avait été cassée par arrêté du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation; l'article premier de l'ordonnance de 1910 est rédigé comme suit :

« Il est interdit à toutes personnes tenant hôtel meublé ou chambres garnies, café, cabaret, débit de boissons ou autre maison ouverte au public, de recevoir habituellement dans leur établissement, pour s'y livrer à la prostitution, des filles ou femmes de débauche ou des individus de mœurs spéciales. »

Si insuffisante que soit la législation actuelle que M. Joseph Reinach a proposé de renforcer dans son projet sur les débits, elle suffirait, si elle était rigoureusement appliquée, à enrayer les progrès du mal.

Le ministre de l'Intérieur a promis à MM. Joseph Reinach, Grizard et Audin de mettre à l'étude la question dont ils l'ont saisi et d'y apporter une solution, conforme à leurs désirs, dans le plus bref délai possible.

La limitation des débits. — MM. Charles Beauquier, Siegfried, Andrieux, Ferdinand Buisson, Schmidt et Joseph Reinach ont déposé sur le bureau de la Chambre une pétition, signée par 222.072 femmes françaises demandant à la Chambre de voter immédiatement la limitation du nombre des débits d'alcool.

Meeting de Rouen contre l'alcoolisme. — On lit dans *Le Temps* (numéro du jeudi 11 décembre 1913) :

Au meeting qui s'est tenu au cirque municipal de Rouen sur la convocation de la Ligue nationale contre l'alcoolisme et sous la présidence de M. Debove, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine, l'ordre du jour suivant a été voté à l'unanimité :

« Les 1.200 citoyens réunis à Rouen, considérant que les progrès constants de l'alcoolisme rendent de plus en plus urgente l'intervention législative; qu'il n'y a plus une heure à perdre si l'on veut encore préserver l'avenir de la race; con-

sidérant que parmi les mesures qui s'imposent, la limitation du nombre des débits de boissons est, de toute évidence, un remède des plus efficaces et d'ailleurs déjà éprouvé en France et à l'étranger;

« Regrettent que le Parlement ne semble pas avoir entendu les appels répétés de l'Académie de Médecine, des sociétés médicales, des hygiénistes, des sociologues, des philanthropes et des savants, parmi lesquels les plus grands : Pasteur, Berthelot, Würtz, etc. ;

« Félicitent le Conseil général de la Seine-Inférieure d'avoir émis un avis favorable à l'arrêté préfectoral limitant le nombre des débits dans ce département,

« Et invitent MM. les députés de la Seine-Inférieure à voter la proposition de loi actuellement pendante devant la Chambre et rapportée par M. Jules Siegfried, député du Havre. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Parricide et tentative de suicide. — On télégraphie de La Tour-du-Pin (Isère) au *Petit Journal* (numéro du mardi 18 novembre 1913) :

Hier soir, vers 7 heures, un drame de la folie a jeté la consternation dans la paisible commune de Dolomieu. L'auteur de cette tuerie se nomme Félix Mergoud, âgé de vingt-cinq ans, habitant avec sa mère le hameau de la Frette. Depuis quelque temps déjà, Mergoud donnait des signes d'aliénation mentale.

Il fit, vendredi dernier, l'emplette d'un fusil de chasse à La Tour-du-Pin. Le garde champêtre, Auguste Maurit, âgé de quarante-neuf ans, se rendit chez lui pour lui conseiller doucement de se démunir de son arme. Or, Mergoud nourrissait depuis longtemps une rancune contre l'agent. Il le reçut correctement; mais lorsque ce dernier fut dans la rue, le dément monta au premier étage et tira sur lui un coup de fusil qui atteignit le malheureux garde par derrière et lui traversa les oreilles. Le garde s'enfuit dans une maison voisine, poursuivi par le déséquilibré, qui tira encore plusieurs coups de fusil sans atteindre heureusement les personnes qui se trouvaient sur les lieux du drame.

Le forcené se réfugia ensuite chez lui et tira à bout portant sur sa mère. Elle fut atteinte à la poitrine. Voyant qu'elle survivait à sa terrible blessure, il l'acheva à coups de crosse sur la tête. La malheureuse eut le crâne brisé et mourut presque aussitôt. Les gendarmes de La Tour-du-Pin, envoyés sur les lieux du drame, ont trouvé M^{me} Mergoud étendue à terre et

portant d'horribles blessures. L'auteur de cette scène tragique était couché dans son lit, portant également de graves blessures ; il s'était tiré un coup de fusil à la hanche gauche et un autre sous le menton qui lui avait fracassé le maxillaire inférieur.

Un aliéné dans un train. — Un jeune homme de vingt-deux ans, nommé Giarelli, employé de restaurant, venant de Nice par chemin de fer, a été pris subitement de folie en arrivant à la gare de Monte-Carlo. Armé d'un couteau, il a frappé plusieurs voyageurs. Il y a une dizaine de blessés, dont cinq ont été transportés à l'hôpital. L'état de l'un d'eux est grave. (*Le Temps*, numéro du lundi 1^{er} décembre 1913).

Tentative d'homicide. — M. Alfred Bouchery, âgé de trente-cinq ans, adjudant à la 22^e section de commis et ouvriers, demeurant 2, rue du Texel, interné à la suite de crises épileptiformes du mois d'avril au moins de juin dernier, était rentré chez lui, en congé de convalescence.

Tout le monde le croyait guéri lorsque, pendant la nuit de mardi à mercredi, il fut pris d'une attaque, bientôt terminée, puis s'endormit ; au petit matin, nouvelle crise, au cours de laquelle il tenta d'étrangler sa femme. Celle-ci appela, se débattit et parvint à s'enfuir, tandis que l'adjudant, en proie à un véritable accès de folie, cadénassait sa porte.

M^{me} Bouchery, peu au courant des formalités, courut à la Place de Paris, qui la renvoya au commissaire de police de son quartier, le congé de son mari ayant dépassé trois mois.

Pendant ce temps, des coups de feu étaient entendus dans l'appartement du dément. Il n'avait toutefois pas attenté à ses jours ; il s'amusait à tirer sur les meubles. C'est d'une voix forte qu'il menaça le secrétaire du commissariat de police de Plaisance qui tentait de parlementer.

Vers 1 heure de l'après-midi, M. Raynaud, commissaire de police, se rendit rue du Texel accompagné de quatre gardiens de la paix et d'un serrurier. Bouchery laissa ouvrir la porte et fit feu sur le commissaire. Par un hasard heureux, la balle grippa et resta en suspens à l'orifice du canon du revolver.

Une lutte homérique s'engagea, au cours de laquelle les représentants de l'autorité furent tous plus ou moins frappés et mordus. Enfin, l'adjudant, qui était complètement nu, dûment enveloppé dans des couvertures et ligoté, put être descendu dans une voiture et conduit, non sans peine, à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Petit Journal*, numéro du jeudi 4 décembre 1913).

FAITS DIVERS

Augmentation du nombre des aliénés en Prusse. — On télégraphie de Berlin au *Petit Journal* (numéro du vendredi 28 novembre 1913) :

Un récent tableau statistique, qui vient d'être dressé sur les maladies dans le royaume de Prusse, révèle que le nombre des cas de folie va toujours en augmentant.

En 1911, les asiles d'aliénés comptaient 132.982 pensionnaires, c'est-à-dire 5.060 de plus qu'en 1910. Depuis dix ans, le nombre des fous s'est accru de 80 p. 100.

L'assassin du directeur de l'asile d'Aix-en-Provence tué par un aliéné. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mardi 16 décembre 1913) :

Valesi, l'employé révoqué de l'asile d'aliénés de Mont-Perrin, à Aix-en-Provence, qui tua par vengeance son ancien directeur, a trouvé la mort, avec trois de ses codétenus, dans des circonstances tragiques, à la Guyane, où il purgeait la peine des travaux forcés à laquelle il avait été condamné.

Valesi était déporté à l'île du Diable. Le 13 novembre dernier, un de ses codétenus, du nom de Muller, dans un accès de fièvre chaude, croit-on, s'empara du revolver d'un surveillant militaire et tira dans la direction de ses camarades. Trois de ces derniers, parmi lesquels Valesi, furent tués; un quatrième fut blessé. Ce carnage accompli, Muller se jeta à l'eau; son corps disparut presque aussitôt dans un tourbillon.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUS DANS LE IV^e VOLUME DE LA DIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

	PAGES
Le XXIII ^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Le Puy, août 1913; par Lucien Lagriffe	129
Le III ^e Congrès international de neurologie et de psychiatrie. — Gand, août 1913; par le D ^r Arsimoles	305

II. — Pathologie.

Etude statistique sur les antécédents héréditaires des paralytiques généraux; par les D ^{rs} Rogues de Fursac et G. Genil-Perrin	5
Délire d'interprétation avec fabulation et affaiblissement intellectuel probable (<i>suite et fin</i>); par le D ^r Georges Lerat.	21
Un cas de délire d'influence; par les D ^{rs} J. Séglas et L. Barat.	183
Le délire chronique à évolution systématique. Etude critique; par le D ^r René Masselon.	359
De la signification de la réaction de Boutenko; par les D ^{rs} A. Prince et L. Telle	481
Un cas de démence précoce ayant présenté un état cataleptique de durée insolite; par le D ^r Halberstadt.	500

III. — Médecine légale.

Un patriote méconnu. Contribution à la médecine légale des délires à base d'interprétation; par le D ^r Georges Vernet	202
Une épouse conjugicide au point de vue médico-légal; par le D ^r S. Garnier	372
Une affaire d'attentats à la pudeur; par le D ^r René Masselon	508

IV. — Législation.

La réforme de la loi de 1838 sur les aliénés et la Commission du Sénat (<i>suite et fin</i>); par le D ^r A. Fillassier.	87
Les moyens d'investigation de l'autorité judiciaire sur l'état et l'internement des aliénés. Inefficacités et inconvénients; par le D ^r Victor Parant; père :	
I. Les enquêtes à l'internement.	392
II. Les interrogatoires judiciaires	521

V. — Établissements d'aliénés.

	PAGES
Des inconvénients, imperfections et dangers des colonies familiales d'aliénés (<i>suite et fin</i>); par le D ^r A. Rodiet	59 et 221
Le service de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse. Lettre au rédacteur en chef des <i>Annales médico-psychologiques</i> ; par le D ^r Rémond (de Metz)	230

VI. — Revue critique.

Opinions récentes sur la mort de J.-J. Rousseau; par le D ^r Paul Voivenel	69
Les arriérés scolaires d'après un ouvrage récent; par le D ^r A. Laurent	235
Remarques de la Commission judiciaire du Congrès allemand de psychiatrie sur l'avant-projet du Code pénal allemand; par le D ^r A. Adam)	542

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

<i>Séance du 30 juin 1913.</i> — Mort de M. Antonio Marro. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ducosté, Albès, Laignel-Lavastine, Joutchenko, Lerat, Voivenel. — La jalousie et les délires de jalousie, par M. P. Beansart. Discussion : MM. Colin, Briand, Pactet. — Trois nouvelles illusions tactiles, par MM. Soula et Sauvage	75
<i>Séance du 28 juillet 1913.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Suttel, Bonhomme, Massalongo et Gasperini, Chervin. — Rapport de M. Vigouroux sur la candidature de M. Laignel-Lavastine; élection. — Rapport de M. Chaslin sur la candidature de M. Joutchenko; élection. — Rapport de M. René Charpentier sur la candidature de M. Georges Lerat; élection. — Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. Voivenel; élection	251
<i>Séance du 27 octobre 1913.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Laignel-Lavastine, Lerat, Voivenel, Dario Valtorta, Lucien Lagriffe, Erwin Stransky. — La révision de la loi sur les aliénés au Sénat. Nomination d'une Commission. — Les délires de jalousie. Essai de classification. Valeur comparée des interprétations et des hallucinations dans la genèse de ces délires, par MM. Georges Demay et Lucien Libert. Discussion : MM. Trénel, Vigouroux, Briand, Dupouy, Demay. — De l'anorexie mentale comme prodrome de la démence précoce, par M. Robert Du Bois. Discussion : MM. Séglas, René Charpentier, Delmas, Roger-Dupouy, Juquelier, Briand.	411
<i>Séance du 24 novembre 1913.</i> — Correspondance et présentation	

	PAGES
d'ouvrage : MM. Lagriffe, Gaétano Boschi, Gross. — Projet de création d'une chaire de psychothérapeutique chirurgicale à l'asile clinique (Sainte-Anne) : MM. Semelaigne, Picqué, Colin, Vallon, Vigouroux, Ritti. Nomination d'une Commission. — Rapport de M. Arnaud sur la candidature de M. Valtorta; élection. — Les injections intrarachidiennes de mercure dans la paralysie générale, par M. Maurice Page. Discussion : MM. Briand, Page, Marchand, Arnaud, Juquélier. — La démence épileptique, par M. Ducorté. Discussion : MM. Trenel, Semelaigne	549
<i>Séance supplémentaire du 29 novembre 1913.</i> — Correspondance : MM. Dario Valtorta, Trenel. — Projet de création d'une chaire de psychothérapeutique chirurgicale à l'asile clinique (Sainte-Anne). Rapport de la Commission : M. Colin. Discussion : MM. Klippel, Colin, Kéraval, de Clérambault, Dupré, Semelaigne, Laignel-Lavastine	576

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1913).

Tremblement clinique unilatéral au cours d'une paralysie générale.	97
Ramollissement du cervelet, du pédoncule cérébelleux, du pédoncule cérébral, de l'hippocampe, à droite, par phlébite tuberculeuse de la veine basilaire cérébrale droite	97
Hémorragies protubérantielles.	97
Calcification des noyaux gris centraux	97
Méningite scléro-gommeuse et ramollissement sous-cortical chez un dément hémiplégique	98
Hémiplégie terminale chez un paralytique général, ramollissement du noyau lenticulaire.	98
Gommes du foie et tubercules des capsules surrénales chez une tabétique	98
Tumeur de la région hypophysaire.	98
Symphyse méningée des hémisphères dans la paralysie générale.	98
Syndrome occipital avec dyspraxie complète surajoutée	98
Hémoptyries congestives sans lésions pulmonaires dans un cas de folie à double forme	99
Paralysie générale ou démence précoce.	259
L'état mental imaginaire	259
Résultat négatif du traitement spécifique préventif chez un paralytique général	260
Paralysie générale sénile	260
Un cas de paresse pathologique	260
Projet de révision de la loi de 1838 sur les aliénés voté par la Chambre des députés et soumis au Sénat.	439
Contribution à l'étude du traitement des encéphalopathies par le néo-salvarsan	582
Maladie de Basedow. Dépression mélancolique avec émaciation, guérie au bout de quatre ans	584
Alcoolisme chronique et démence précoce	584
Démorphinisation par la suppression brusque	584
Exhibitionnisme et saturnisme	585
Syndrome acromégalique avec troubles psychiques; influence du traitement opothérapique	585
Snicide au début de la paralysie générale	586
Injection de sang de paralytique générale	586

JOURNAUX FRANÇAIS (1910).(Anal. par le D^r BEAUSSART.)

	PAGES
Un cas de chorée de Huntington	454
Hémoglobinurie chez un paralytique général à la deuxième période	455
Un cas de pseudo-paralysie générale par trouble de la nutrition	455
Rôle de l'infection et de l'auto-intoxication dans l'attaque d'épilepsie	456
La pression sanguine dans l'épilepsie essentielle	457
Le syndrome de paralysie générale dans la pachyméningite cérébrale	458
Le cito-diagnostic, l'albumo-diagnostic et le précipito-diagnostic de Porgès dans le liquide céphalo-rachidien de la paralysie générale	458
La réaction de Porgès chez les idiots et les aliénés	459
Phénomènes d'excitation psychique, puis délire alcoolique. Tuberculomes cérébraux et méningo-encéphalite toxique	586
Phénomènes hystérisiformes au début de la démence précoce	587
Paralysie générale précoce ayant débuté deux ans après l'accident primitif syphilitique	587
Psychose périodique à forme délirante	587
Les accès épileptiques atypiques	588
États mélancoliques avec idées de persécution. Origine tuberculeuse	589
De l'aliénation mentale dans la trypanosomiase humaine	590
Deux cas d'hypodermie chez les épileptiques	590
Syphilis héréditaire et réaction de Wassermann	591
Les heures de crises d'épilepsie	591
Notes sur l'éthérisme	592
Troubles de la fonction irienne chez les paralytiques généraux	594

JOURNAUX BELGES (1910)(Anal. par le D^r R. LEROY.)

Rétrécissement du champ visuel et troubles de la vision des couleurs chez les paralytiques généraux	261
Contribution à l'étude de syndrome confusionnel considéré comme premier stade de la démence précoce. Evolution de cet état sur un terrain diathésique particulier. Essai de traitement	262
États mixtes de la psychose maniaque dépressive. La manie coléreuse et ses différentes formes	263
Des idées obsédantes (phobies, obsessions, trac des artistes) et leur traitement	263
Les anorexies nerveuses	264
Poésie et démence	265
L'organisation actuelle des colonies familiales d'aliénés en France	266

JOURNAUX ITALIENS (1908).(Anal. par le D^r WABL.)

La criminalité des jeunes gens	268
Cas d'homosexualité féminine	269
Cas rares de précocité sexuelle	269
Psychopathologie des symptômes de la démence précoce	270
La coréctopie fonctionnelle	271
Sur la ressemblance des cortex cérébral et cérébelleux	271
Comment peut-on réfréner la criminalité juvénile?	272

	PAGES
Les « scinoars » ou « jivaros » de l'Equateur.	272
Recherches sur l'hémolyse chez les malades phrénasthéniques	273
Contribution à l'étude de la trichose sacrée	273
Moulin Bamford rapide à main dans la prophylaxie de la pellagre.	274
Action d'Eusapia Paladino sur l'électroscope.	274
Du type cranio-facial chez 300 homicides.	274
Forme singulière de folie à deux	275
Contribution clinique à l'épilepsie psychique	276
Ecriture en miroir chez un petit garçon normal.	276
Le nystagmus comme stigmaté pathologique congénital chez les épileptiques	276
Sur l'examen médico-légal des taches de substance cérébrale.	
Recherches microscopiques	277
Cryptomnésie.	277
Mancinisme et dextrisme	277
Etudes sur quelques tatonages.	278
Le bonheur chez les fous et les génies	278
Expertise pour interdiction contestée.	279
Contribution à l'étude des chorées et des épileptiques	279
Oxycéphalie, plagiocéphalie et trigonocéphalie chez un anormal	280
Les camps volants.	280
Contribution clinique à l'étude de l'épilepsie alcoolique.	281
Résultats de recherches expérimentales sur l'action physiologique qu'exercent sur les nerfs moteurs de la grenouille les secousses électriques de faible potentiel obtenues par un pôle unique de couples voltaïques	281
Cas d'épilepsie traumatique avec singulières lésions anatomo-pathologiques	282
Hypnotisés et hypnotiseurs, chercheurs de voleurs	283
Bartolomeo Dellocha, chef de la bande des évadés de Novi	283

III. — Bibliographie.

Les idéalistes passionnés ; par le D ^r Dide (Anal. par le D ^r Capgras).	100
Etude juridique et psychologique d'une cause criminelle célèbre.	
Affaire Lafarge. Une réhabilitation qui s'impose ; par Jean Baudéant et le D ^r Armand Pasturel (Anal. par le D ^r Paul Muller).	104
Eléments de diagnostic psychiatrique ; par le D ^r Raecke (Anal. par le D ^r Prince).	108
Les débuts de l'assistance aux enfants anormaux ; par le D ^r Wahl (Anal. par le D ^r A. Laurent).	110
Les enfants anormaux en médecine sociale ; par le D ^r Melcior y Farré (Anal. par le D ^r Arsimoles).	111
Les arguments en faveur d'un grand hôpital d'Etat pour les aliénés ; par le D ^r Walter Channing. (Anal. par le D ^r L. Libert)	111
Eléments de sémiologie et clinique mentales ; par le D ^r Ph. Chaslin (Anal. par le D ^r Ant. Ritti)	284
Crime et altruisme ; par les D ^{rs} Ch. Vallon et G. Génil-Perrin (Anal. par le D ^r Roger Dupouy)	289
Les Richelien et les Condé ; par le D ^r Cullerre (Anal. par le D ^r Dupouy).	290
Etude d'un état de mal comital ; traitement ; formule leucocytaire ; par le D ^r H. Damaye (Anal. par le D ^r Roger Dupouy).	291
Démences précoces et psychoses toxi-infectieuses ; par le D ^r H. Damaye (Anal. par le D ^r Roger Dupouy).	291
La paresse, causes et traitement ; par le professeur Panchet (Anal. par le D ^r Roger Dupouy).	292

	PAGES
Essai sur une variété de pseudo-hallucinations : les auto-représentations aperceptives ; par le D ^r Georges Petit (Anal. par le D ^r Fr. Adam)	595
Sur le mouvement psychanalytique. Un point de vue nouveau en psychologie ; par le D ^r A. Maeder (Anal. par le D ^r P. Guiraud)	598
Douzième rapport annuel sur l'asile d'aliénés de Dannemora, État de New-York ; par le D ^r Ch. H. North (Anal. par le D ^r L. Libert)	601
La réaction de Wassermann et l'aliénation mentale ; par les D ^{rs} Hermann et d'Hollander (Anal. par le D ^r P. Guiraud)	603
Alcool et exhibitionnistes ; par le D ^r P.-L. Ladame (Anal. par le D ^r P. Guiraud)	604
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	112, 292 et 605

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : M ^{lle} Lévêque, MM. Mignot et Truelle. — Nécrologie : Prof. Antonio Marro. — Contre la morphine, la cocaïne, l'opium. — La lutte contre l'alcoolisme. — Tribunaux. — Les aliénés en liberté. — Brutalités de gardiens d'aliénés. — Congrès international de neurologie, de psychiatrie et de psychologie. Berne, 7-12 septembre 1914.	114
Nominations et promotions : MM. Gilbert Ballet, Rémond (de Metz), Dreyfus-Rose, Laignel-Lavastine, Dumas, Renant d'Alonnes, Courtade, M ^{mes} Olry, Salmon. — Visite du Président de la République à la Maison nationale de Charenton. — Projet de création d'une seconde chaire de médecine mentale à l'asile Sainte-Anne. — La lutte contre l'alcoolisme. — Tribunaux. — Brutalités de gardiens d'aliénés. — Faits divers — V ^e Congrès international pour l'assistance des aliénés, Moscon, 8-11 janvier 1914	295
Nominations et promotions : MM. Arsimoles, Guiraud, Hamel, Lagriffe, Hamard, Chèze, Pain, Dide, Boidard, Brissot, Régis, Cestan, Collin, Mallet, Gallais, Genil-Perrin, Biaute. — La révision de la loi sur les aliénés au Sénat. — La lutte contre l'alcoolisme. — Contre la morphine, la cocaïne, l'opium. — Les aliénés en liberté. — Cours de perfectionnement à la clinique des maladies mentales de Munich. — Prix de la Société médico-psychologique (1914 et 1915)	461
Nominations et promotions : MM. Danjean, Chevalier-Lavaure, Charon, Bourilhet, Simon, Dubourdien. — Prix de l'Académie de médecine. — Tribunaux. — Contre la morphine, la cocaïne, l'opium. — La lutte contre l'alcoolisme. — Les aliénés en liberté. — Faits divers	607
Table des matières du tome IV de la 10 ^e série	619

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.